



Direttore: _____

Scheda preoperatoria U.O di Oculistica

Ricovero: Elezione Urgenza N° ADT _____ Data _____

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

Intervento chirurgico _____

Lato Intervento	DX	SX	Contrassegno sito chirurgico	SI	NO	(*)
-----------------	----	----	------------------------------	----	----	-----

Scheda Anestesiologica	SI	NO				
Consenso Informato	SI	NO	Smalto per unghie	SI	NO	
Paziente digiuno	SI	NO	Doccia	SI	NO	
Gioielli/Monili	SI	NO				
CVP	SI	NO				
Sondino naso-gastrico	SI	NO				
Presenza Pace-Makers	SI	NO	Specificare il tipo _____			
Presenza protesi	SI	NO	Specificare il tipo _____			
Documentazione clinica : Esami radiologici	SI	NO	Cartella ricoveri precedenti	SI	NO	
Terapia somministrata	Farmaco _____	dose _____	ora _____			
Parametri preoperatori	P.A. _____	F.C. _____				
Preanestesia:	Praticata <input type="checkbox"/>	Farmaco _____	dose _____	ora _____		
	Non praticata <input type="checkbox"/>	specificare: non prescritta <input type="checkbox"/>	rifiuto <input type="checkbox"/>			
Profilassi antibiotica	SI	NO				
	farmaco _____	dose _____	ora _____			
Profilassi antitrombotica	SI	NO				
	farmaco _____	dose _____	ora _____			

Note _____

Firma dell'infermiere che prepara il paziente _____

Firma dell'infermiere che accetta il paziente in sala _____ ora _____

(*) Raccomandazione Ministeriale n°3, marzo 2008 :
"Per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura".