



UNITA' OPERATIVA _____ Direttore: _____
--



Scheda preoperatoria

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	Tricotomia	SI	NO
Consenso Informato	SI	NO	Smalto per unghie	SI	NO
Paziente digiuno	SI	NO	Doccia	SI	NO
Catetere Vescicale	SI	NO	Gioielli/Monili	SI	NO
CVC	SI	NO	Biancheria intima	SI	NO
Sondino naso-gastrico	SI	NO			
Presenza Pace-Makers	SI	NO	Specificare il tipo _____		
Rimozione protesi	SI	NO	Specificare il tipo _____		
Documentazione clinica :	Esami radiologici	SI	NO	Cartella ricoveri precedenti	SI NO
Preparazione intestinale	SI	NO	Farmaco _____	Esito: pos <input type="checkbox"/>	neg <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/>
Sacche di sangue ritirate		SI	NO	Specificare n. _____	
Sacche di sangue da ritirare		SI	NO	Specificare n. _____	
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".