

CENTRO QUIRURGICO DE LA SABANA

Ciru Sabana

HOJA DE ANESTESIA

NOMBRE ~~Alba~~ Fany Gloria ce#27530032. Alba Ponca Lopez FECHA _____

EDAD 54 GRUPO SANGUINEO _____

PROCEDIMIENTO Histerx utero histero CIRUJANO Landeyis

FECHA DE LA CIRUGIA: Agosto 3/2002

ANTECEDENTES 4406203

PATOLOGICOS: <u>(-)</u>	QUIRURGICOS: <u>(-)</u> <u>Hisp. x cerv.</u>
----------------------------	---

MEDICAMENTOS: <u>Hipnotico</u>	ALERGICOS: <u>(-)</u>
-----------------------------------	--------------------------

ANESTESICOS: <u>(-)</u>	TOXICOS: <u>(-)</u>
	TRANSFUSIONES: <u>(-)</u>

FAMILIARES: <u>(-)</u>	HIPERTERMIA MALIGNA: <u>(-)</u>
	GINECO - OBSTETRICOS: <u>C.P.</u>

EXAMEN FISICO: TA: _____ F.C.: _____ FR: _____ PESO: <u>55 kg.</u> CABEZA: <u>Normal</u> CUELLO: <u>Normal</u> TORAX: <u>Rs Ls Rs no</u> ABDOMEN: <u>No HAPAP</u> MIEMBROS: <u>no edemas</u> ASA: <u>II</u> <u>M. Pineros</u>	LABORATORIOS: FECHA: _____ HG: <u>15.2</u> HCTO: <u>46%</u> LEUCOCITOS: <u>4.800</u> GLICEMIA: <u>81 mg/dl</u> BUB: <u>15.2 mg/dl</u> CREATININA: <u>0.6 mg/dl</u> ELECTROLITOS: _____ ELECTROCARDIGRAMA: _____ RX. TORAX: _____ P. DE O: _____ COAGULACION: _____
---	---

FECHA 3 VIII-2002

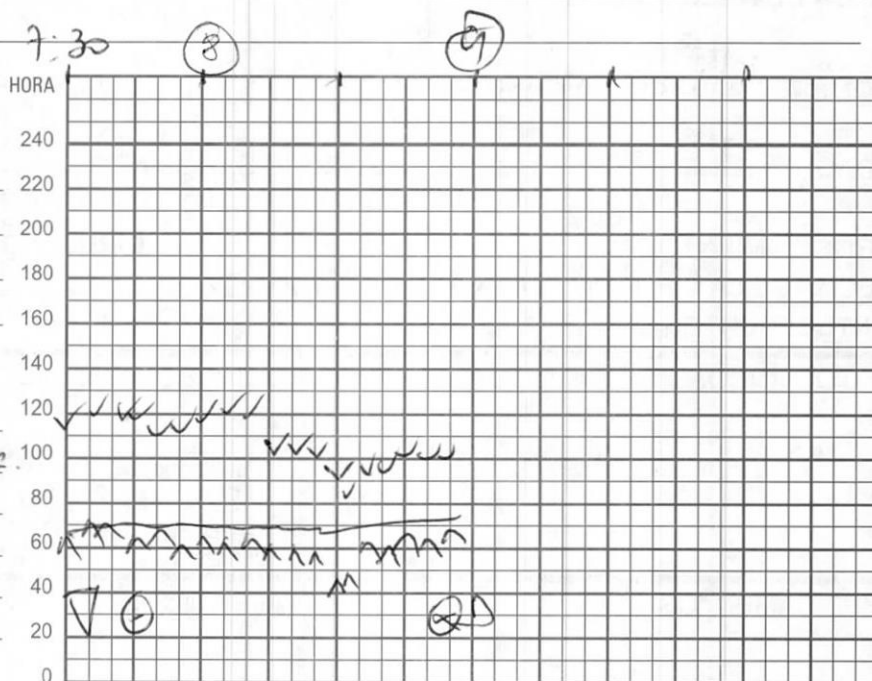
COMENTARIOS:

MONITORIA:

ECG FC
FR TA
oximetria
capnografia

TIPO ANESTESIA:

General balance
florob
lanigee #3



Midazolam

DP 5 mg

Locutorio no

Reunifentana 100 mg 60 gotas 0,25 mg/kg - 10

Efedrina

ETRAOE

O2

TORNIQUETE

SAT. I.

99-99-99-99-99-99-99-99

9:45 Voltam e amp. In Dr. Pineros

Recebe w. si maunor

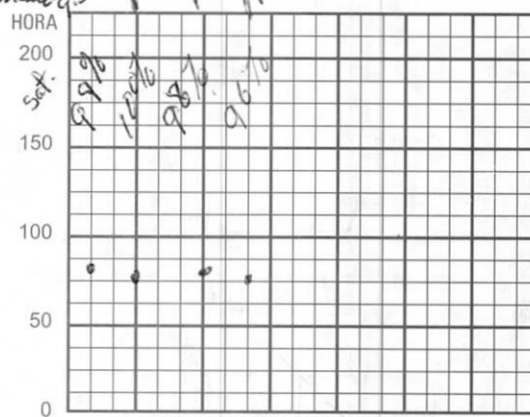
se pasa a la silla

CONDICIONES DE INGRESO

RECUPERACION

30 Am. O2 10 litros
10 Am. 5 litros O2
10:30 sin O2

HORA	TIPO DE ANESTESIA	COLOR	CONCIENCIA	VIA AEREA ARTIFICIAL	REFREJOS PRESENTES	RESPUESTA MOTORA	SIGNOS VITALES
9:15	RAQUIDEA	ROSAO	SIN RESPUESTA	CANULA OROFARINGEA	DEGLUCION	APERTURA DE OJOS	TA
	PERIDURAL	PALIDO	SOMNOLIENTO	TUBO ENDOTRAQUEAL	TOS	MUEVE BRAZOS	FC
	BLOQUEO	CIAOTICO	DESPIERTO	TRAQUEOSTOMIA		MUEVE PIERNAS	FR
	GENERAL			VENTILADOR		ESCALOFRIO	mmHg
						EXCITACION	/min
							/min



CONDICIONES DE SALIDA:

SIGNOS VITALES: 12.

TA mmHg

FC #2 /min

FR 22 /min

CONCIENCIA:

DESPIERTO: Si

SOMNOLIENTO:

SIN RESPUESTA:

ANESTESIA REGIONAL: Total

MOVILIDAD: Sab pte en buen estado

dictos con buena movilidad y perfusion

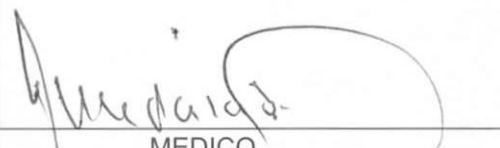
ENFERMEDAD ACTUAL

MEDICO TRATANTE FABIO LANDARUMBI

M.C: Deformidad de los pies
E.N: Varios años Evolución de deformidad
propia de antepies con dolor
serro.
Antecedentes Sin traumatismo
TA 12/80 FC 72' AP 17
Buen estado general.
Laboratorio prequirúrgico. En norma-
I.N: Hallux valgus bilateral.

DESCRIPCION QUIRURGICA

Anestesia general se practicó
Corrección quimurgia Hallux
valgus bilateral. Osteotomías
proximales y distales Percutaneas
sin complicación operatoria,
Corrección completa de la deforma-
ción.


MEDICO
B. 573.

**AUTORIZACION PARA INTERVENCION QUIRURGICA, ANESTESIA
Y/O PROCEDIMIENTO ESPECIAL**

1. Por la presente autorizo al Doctor Landazabal
y a los asistentes de su elección en CIRUSABANA, a realizar en mí o en el paciente

la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s)

Helux Valgus bilateral

y al Doctor Piñeros

en adelante denominado el Anestesiólogo para que determine los anestésicos y la técnica anestésica más adecuada, poniendo todo de su parte para que el resultado sea óptimo.

2. El (Los) Doctor(es) Landazabal Piñeros
me ha(n) explicado la naturaleza y los propósitos de la intervención quirúrgica o procedimiento especial y de las consecuencias posibles que pueden producirse, así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado toda la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Reconozco que garantizar los resultados de la intervención quirúrgica es difícil y que el cirujano coloca toda su pericia y sus conocimientos para obtener el efecto deseado por mí.
3. Autorizo la realización de procedimientos adicionales en caso de ser necesarios, de acuerdo con el concepto médico.
4. Acepto el reglamento de uso de salas de cirugía y recuperación de CIRUSABANA.

Fecha, AGOSTO 3/03

X [Firma]

Firma del paciente o su representante legal

[Firma]

Firma del Médico Cirujano

[Firma]

Firma del Anestesiólogo