

**PERÚ**Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludHospital Nacional
"Dos de Mayo"**DPTO. DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO****REGISTRO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

Fecha: 2016-03-31 Quirófano: _____
Nombre del Paciente: Nombre Condición: _____
Edad: _____ Peso: _____ Procedencia: Piso DNI: _____
Servicio: Servicio N° de la cama: Cama N° N° de la HC: Hist. Clin. N° _____

PERSONAL MÉDICO

| | | | |
|-----------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| Cirujano: | (37) Américo Peña | Anestesiólogo: | (39) Henry Peralta Santos |
| AYUDANTES: | | Tipo de anestesia: | Tipo de anestesia |
| Asistente(s): | Ayudante (Asistente) | Medicación usada: | Medicación anestésica |
| Residente(s): | Ayudante (Residentes) | Perfusionista: | Perfusionista |
| Instrumentista: | Instrumentista | Auxiliar de Sala: | Auxiliar de Sala |

DIAGNÓSTICOSDiagnóstico pre-operatorio: DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO.Diagnóstico post-operatorio: DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO.OPERACIÓN REALIZADA: OPERACIÓN REALIZADA.**PERÍODO PRE-OPERATORIO**

Tiempo de hospitalización: _____ Cuidados y tratamientos pre-operatorios: _____
Complicaciones pre-operatorias: _____

OPERACIÓNTipo de Cirugía: Abierta.

Condición: _____ Inicio de operación: 6:30am Tiempo operatorio: 05:06:07 hrs.
Posición del paciente: Posición del paciente _____

Hallazgos durante operación (de todos los órganos examinados): HALLAZGOSCondición de la herida operatoria: Limpia**PROCEDIMIENTO**Incisión y Técnica Quirúrgica empleada: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Tipos de drenaje: _____ Recuento de Gasas: _____

Se envía a Examinar en el Laboratorio y/o Patología, las siguientes piezas operatorias o secreciones de:

En el post-operatorio inmediato, el(a) paciente pasará a:

OBSERVACIONES

Firma y Sello del Cirujano: _____