

**REGISTRO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

**DPTO. DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha:** | | [onshow.fecha] | | | | |  | | | | **Quirófano:** | |  | |
| **Nombre del Paciente:** | | | [onshow.nombre] | | | | | | | | **Condición:** | |  | |
| **Edad:** |  | | | **Peso**: |  | | | **Procedencia:** | | [onshow.piso] | | **DNI:** | |  |
| **Servicio:** | | [onshow.servicio] | | | | **Nº de la cama:** | | | [onshow.cama] | | **Nº de la HC:** | | [onshow.hc] | |

**PERSONAL MÉDICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cirujano:** | [onshow.cirujano1] | **Anestesiólogo:** | [onshow.anestesiologo] |
| AYUDANTES: |  | **Tipo de anestesia:** | [onshow.anestesia] |
| **Asistente(s):** | [onshow.asistente1] | **Medicación usada:** | [onshow.medicacion] |
| **Residente(s):** | [onshow.residente1] | **Perfusionista:** | [onshow.perfusionista] |
| **Instrumentista:** | [onshow.instrumentista] | **Auxiliar de Sala:** | [onshow.auxiliar] |

**DIAGNÓSTICOS**

**Diagnóstico pre-operatorio:** [onshow.preoperatorio].

**Diagnóstico post-operatorio:** [onshow.postoperatorio].

**OPERACIÓN REALIZADA:** [onshow.operacion].

**PERÍODO PRE-OPERATORIO**

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

**OPERACIÓN Tipo de Cirugía:** [onshow.tipocirugia].

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Condición:** |  | | **Inicio de operación:** | [onshow.hora] | **Tiempo operatorio:** | [onshow.tiempo] hrs. |
| **Posición del paciente:** | | [onshow.posicionpaciente] | | | | |

**Hallazgos durante operación (de todos los órganos examinados):** [onshow.hallazgos]

**Condición de la herida operatoria:** [onshow.condicionherida]

**PROCEDIMIENTO**

**Incisión y Técnica Quirúrgica empleada:** [onshow.procedimiento]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**