

--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA	EDAD	SEXO	ESTATURA	PESO	OCUPACIÓN ACTUAL	SERVICIO	SALA	CAMA
-------	------	------	----------	------	------------------	----------	------	------

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	DIAGNÓSTICO POST. PREOPERATORIO	OPERACIÓN PROPUESTA
---------------------------	---------------------------------	---------------------

CIRUJANO	AYUDANTES	OPERACIÓN REALIZADA
----------	-----------	---------------------

ANESTESIOLOGO	AYUDANTES	INSTRUMENTISTA
---------------	-----------	----------------

AGENTES / HORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
T.A.															
MAX.															
MIN.															
PULSO															
INDUCCIÓN															
FN-ANESTESIA															
RESPIRACIÓN															
ESP.															
ASIS.															
CONT.															
TEMPERATURA															
FETO															
PRES. VENOSA															
TORNIQUETE															

POSICIÓN			
----------	--	--	--

DROGAS ADMINISTRADAS				TIEMPOS	
Nº	TIPO	4		8	
1		5		9	
2		6		10	
3		7		11	

TÉCNICAS		INFUSIONES		COMPLICACIONES OPERATORIAS	
GENERAL	<input type="checkbox"/>	CONDUCTIVA	<input type="checkbox"/>	D	DEXTROSAS CC
SISTEM. ABIERTO	<input type="checkbox"/>	ASEPSIA DE PIEL		R	RINGER CC
SISTEM. CERRADO	<input type="checkbox"/>	CON: _____		S	SANGRE CC
SISTEM. SEMI-CERR.	<input type="checkbox"/>	HABON	<input type="checkbox"/>	E	ESPANSORES CC
APARATOS USADOS		RAQUIDEA		TOTAL CC	
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN <input type="checkbox"/>		EPIDURAL CAUD.	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	
MASCARA	<input type="checkbox"/>	SIMPLE	<input type="checkbox"/>	CC APROX.	
INTB. TRAQUEAL		CONTINUA	<input type="checkbox"/>	APGAR	
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL <input type="checkbox"/>		ALTURA PUNCIÓN:		1 MIN	5 MIN
RAPID. <input type="checkbox"/> LENT. <input type="checkbox"/>		PUNCIÓN LAT.	<input type="checkbox"/>	10 MIN	F. MUERTO
TUBO Nº _____		LÍNEA MEDIA	<input type="checkbox"/>	TÉCNICAS ESPECIALES	
MANGUITO INFLAB.	<input type="checkbox"/>	AGUJA Nº _____			
TAPONAMIENTO	<input type="checkbox"/>	NIVEL			
ANST. TOPICA	<input type="checkbox"/>	HIPERBARA	<input type="checkbox"/>	CONDUCIDO A: _____	
ANST. TRASORAL	<input type="checkbox"/>	POSICIÓN PACIENTE		POR: _____ HORA _____	

PRE - ANESTÉSICO												
PRE - ANESTÉSICO			RIESGO		INFORMACIÓN ESPECIAL						GRUPO SANGUÍNEO	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2								
REGIÓN	1	CABEZA	2	ORG. SENTIDOS	3	ENDOSCOPIAS	4	INTRADURAL	5	ESTRADURAL	6	CUELLO
OPERATORIA	7	ESTRATORACICAS	8	INTRATORACICA	9	ABDOMEN	10	EXTREMIDADES	11	OBSTETRICAS	12	PERINEALES

UROANALISIS	HEMATOLOGICO	QUIMICA SANGUINES
-------------	--------------	-------------------

SISTEMA RESPIRATORIO	SISTEMA CIRCULATORIO	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	OTROS SISTEMAS
ASMA-ENFISEMA-ATELECTASIA	ARRITMIAS _____	CONVULSIONES-EPILEPSIA _____	ALERGIAS - HABITOS _____
CAPACIDAD VITAL - NEUMOTORAX	HIPERTENSION _____	TRAUMATISMOS CRANEALES _____	HIPERTIROIDISMO - DIABETES _____
BRONQUIESTASIAS-OTROS _____	ENF. VALVULARES _____	PÉRDIDA DE CONCIENCIA _____	INSUF. HEPATICA O RENAL _____
_____	ENF. CONGENITAS _____	CEFALEA _____	DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO _____
_____	INFARTOS _____	OTROS _____	TOXEMIAS _____
_____	P.A. _____	_____	TRAUMATISMOS MULTIPLES _____
_____	PULSO _____	_____	SHOCK _____
_____	E.C.G. _____	_____	OTROS _____

ANESTESIAS ANTERIORES Y COMPLICACIONES _____	DIGITALICOS _____ ESTEROIDES _____
	TRANQUILIZANTES _____ HIPOTENSORES _____
	OTROS _____
ULTIMA INGESTIÓN ALIMENTOS, HORA _____	DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO _____
HORA DEL ACCIDENTE O DOLOR: _____	

FECHA	HORA	MEDICACIÓN PRE-ANASTÉSICA	EFECTOS
			INSUFICIENTE <input type="checkbox"/>
			BUENO <input type="checkbox"/>
			DEPRIMIDO <input type="checkbox"/>

_____ FIRMA _____ FECHA _____

RECORDATORIO	PONER FECHA Y HORA - FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA
TRAUMÁTICA	
PARESIAS	
RESPIRATORIAS	
APAR. CARDIOVASCULAR	
SIST. NERVIOSO CENTR.	
UROLÓGICAS	

1	MUERTE NATURAL	2	PARO CARDIACO	3	EN CIRUGÍA	4	EN RECUPERAC.	5	CAUSA QUIRURGIC.	6	ANESTÉSICA	7	PAT. PREEXISTENTE
---	----------------	---	---------------	---	------------	---	---------------	---	------------------	---	------------	---	-------------------