

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 7 - CATANZARO
COMPLESSO OSPEDALIERO SOVERATO-CHIARAVALLE

PAZIENTE Nome e Cognome

Data di nascita

--	--

Intervento

--

LISTA PREOPERATORIA	DATA	FIRMA I.P.	NOTE
Consenso scritto			
Igiene e tricotomia			
Digiuno dalle ore 24.00			
Analisi complete			
Radiografie			
Gruppo sanguigno			
Quantità sangue richiesto			
Parametri vitali			
Minzione			
Togliere gioielli			
Rimozione smalto, trucco			
Togliere occhiali o lenti a contatto			
Togliere protesi dentaria			
Indossare indumenti e copricapo			
Allergie			
Terapia pre intervento orario			

Data _____

Firma Caposala _____

COGNOME	NOME
---------	------

PERIODO POSTOPERATORIO

DATA									
Scheda monitor.									
O 2 Terapia									
Reflolux									
T.E.V. - Periferica									
T.E.V. - Giugulare									
T.E.V. - Succlavia									
Pompa antalgica									
Profilo Antotromb.									
Antibiotico E.V.									
S.N.G.									
Dieta									
Catetere Vesc.									
Vaso Graduato									
Peretta									
Glicerina supp.									
Semicupi									
Sonda rettale									
Bendaggio A.A.I.I.									

DRENAGGI

Tipo	Accorciato Data	Rimosso Data	Tipo	Rimosso Data
1				
2			<input type="checkbox"/> Colopl. Dren.	
3			<input type="checkbox"/> Stomia	
4			<input type="checkbox"/> Colopl. Dren.	
5			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	