



283

Foja Quirurgica

Nombre y Apellido:.....Historia Clínica N°.....

Cirujano:.....1º Ayudante:.....

.....2º Ayudante:.....

.....3º Ayudante:.....

Fecha:...../...../..... Comienzo de la Operación:.....hs. Termina de la Operación:.....hs.

[illegible]

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

Nombre y Apellido del Paciente:						Fecha:
Edad	Sexo	Peso	Habitación	Cama	Obra Social	H.C. N°

EVALUACIÓN PREANESTESIA:			Fecha:			Hora:		
Riesgo anestésico ASA: I II III IV V E								
Plan Anestésico:			Firma del Anestesiólogo					

FICHA ANESTÉSICA:			Fecha:			Hora:		
Medicación Preanestesia								
Tipo de Anestesia	Regional	Sitio Punción	Catéter Si No	General	Intubación OT NT	Sonda N°	Manguito Si No	Mascara Laringea Número.....
Agentes Anestésicos				Otra Medicación				
Relajante								
Respiración:		Monitoreo Si	Oxicapnografía Si No	Catéter IV Si No	Catéter IA Si No	Otro		
VC.....FR.....		No		No	No			

Evolución parámetros vitales

HORA E			15	30	45		15	30	45		15	30	45		15	30	45	
TAS	∇	220																
		210																
		200																
		190																
		180																
TAD	∧	170																
		160																
		150																
FC	•	140																
		130																
		120																
TAM	T	110																
		100																
PVC	○	90																
		80																
Anest.	⊙	70																
		60																
Interv.	X	50																
		40																
Fin	⊗																	

SpO2																			
ETCO2																			
Intervención									Complejidad:										
Practicada									Cirujano:										
									Servicio:										
Revisión									Hidratación E					Fisiológico:					
Relajante														Dextrosa 5%					
Recuperación:														Ringer:					
														Dextran:					
														Otros:					
Observaciones:														Sangre:					
														Firma del Anestesiólogo					