

**SCHEDA POST-OPERATORIA PER IL RIENTRO DEL PAZIENTE IN REPARTO**  
**a cura dell'Anestesista**  
**da consegnare all'Infermiera/e della U.O.Chirurgica che esegue il trasferimento**

**Dati del paziente**

 N.° Cartella       M  F  Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cognome ..... Nome.....

**DIMISSIONI DAL BLOCCO OPERATORIO ALLE ORE .....**

TARGHETTA SDO

**QUADRO CLINICO DEL PAZIENTE**
**Scala di Aldrete:**

Coscienza(0=Non risvegliabile/1=Risvegliabile/2=Sveglio)	
Respiratorio (0=Apnea / 1=Dispnea / 2=Respira e tossisce)	
Colorito (0=Cianotico / 1=Pallido / 2=Normale)	
PAS (0= ± 50 mmHg / 1= ± 20-50 mmHg / 2= ± 20mmHg)	
Attività motoria (0 =Assente / 1 = 2 arti / 2 =4 arti)	
<b>Totale:</b>	

**Valori parametri:**

Pressione Arteriosa mmHg	
Frequenza Cardiaca bpm.	
Frequenza Respiratoria min	
SatO2 in aria	
SatO2 in ossigeno 2l/min	
Livello di dolore con VAS	

**IN REPARTO**
**CONTROLLARE I DISPOSITIVI MEDICALI APPLICATI**
**SI**

Catetere Venoso Centrale	
Caterere Venoso Periferico G.	
Catetere Arterioso PA Cruenta	
Pompa Antalgica	
Sondino Naso Gastrico	
Catetere Vescicale	
Drenaggi chirurgici n.	
Mdicazione	
Altro	

**MISURARE I SEGUENTI PARAMETRI CLINICI OGNI 30 MIN PER DUE ORE**
**SI**

Pressione Arteriosa	
Frequenza Cardiaca	
Saturazione dell'ossigeno SpO2	
Glicemia	
Emogasanalisi	
Temperatura corporea	
Dolore con la scala VAS	
Nausea e Vomito	
Sanguinamento dai drenaggi	
Ristagno gastrico	
Diuresi	
Altro	

RICHIESTA DI ESAMI EMATOCHIMICI E/O SRUMENTALI

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA:

FLUIDOTERAPIA CONSIGLIATA:

FIRMA DELL'ANESTESISTA.....

DATA ...../...../.....