

ALLEGATO 4. Visita Anestesiologica

<b>COGNOME</b>					<b>NOME</b>							
<b>ETÀ</b>		<b>PESO</b>		<b>ALTEZZA</b>		<b>DATA</b>			<b>ANESTESISTA</b>			
<b>GRAVIDANZA N°</b>				<b>SETTIMANA DI GRAVIDANZA</b>				<b>DATA PRESUNTA DEL PARTO</b>				
<b>MALLAMPATI</b>		<b>DENTI MOBILI</b>		<b>PROTESI DENTALI</b>		<b>RIDOTTA DISTANZA INTERINCISIVA</b>		<b>RIDOTTA DISTANZA TIROMENTONIERA</b>		<b>RIDOTTA FLESSO-ESTENSIONE DEL CAPO</b>		
<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SUP <input type="radio"/> INF <input type="radio"/> MOBILE <input type="radio"/> FISSA		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
<b>VALUTAZIONE COLONNA VERTEBRALE</b>												
<b>ALLERGIE</b>												
<b>ANAMNESI MEDICA</b>												
<b>ANAMNESI CHIRURGICA</b>												
<b>ANAMNESI GRAVIDICA</b>												
<b>TERAPIE IN CORSO</b>												
<b>ECG</b>												
<b>GLICEMIA</b>	<b>CREAT/GFR</b>	<b>AST/ALT</b>	<b>γ-GT</b>	<b>BIL</b>	<b>HB</b>	<b>HTC</b>	<b>PLT</b>	<b>PT</b>	<b>PTT</b>	<b>NA<sup>+</sup></b>	<b>K<sup>+</sup></b>	<b>CL<sup>-</sup></b>
<b>ALTRE INDAGINI E CONSULENZE SPECIALISTICHE</b>												
<b>ASA</b>		<b>È POSSIBILE ESEGUIRE SPINALE-EPIDURALE-CSE</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>										
<b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO ANESTESISTA RANIMATORE</b>												