

Guidelines for completing the Perioperative Anesthesia Record

SIAARTI STUDY GROUP FOR SAFETY IN ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

The Guidelines for completing the Perioperative Anesthesia Record drawn up by the Study Group for Safety in Anesthesia and Intensive Care serve two purposes: 1) to document clearly and completely the clinical procedures the patient has undergone and the decisions the health workers have made in perioperative management; 2) to furnish anesthesiologist colleagues a tool for the collection of the main data of anesthesiological interest.¹⁻³

The documentation of healthcare procedures is regulated by law. Within the framework of accreditation and quality control, several regions (and hospitals) have started to carry out evaluations through third body certification. These review agencies control compliance to proven quality standards across all fields of hospital healthcare services, including the request for exact documentation of anesthesia procedures performed during the perioperative period. Failure to comply with these standards is penalized in proportion to the number and type of nonconformities verified. In serious cases, accreditation is withdrawn or the quality system of the healthcare setting is not granted certification.

The general requisites demanded of a perioperative anesthesia record, and of a medical record in general, are summarized below:

A) To furnish an information base for rational healthcare decisions and to keep track of the continuity of the care, describing the clinical picture, the diagnostic and therapeutic procedures performed and their results.

B) To allow traceability of the various actions taken, the responsibility for these actions, their chronology and the modality in which they were performed.

C) To create a source of information for clinical-scientific research, health worker training, evaluation studies of healthcare and of administration and management needs.

In addition, because of the privileged nature of this public documentation, both the

Coordinator: E. Calderini.

Members: A. Accorsi, E. Adrario, G. Bettelli, L. Carrani, G. Cornara, A. De Gasperi, G. Della Rocca, D. Di Castri, G. Frova, P. Gregorini, G. Iapichino, G. Landoni, G. Lombardo, E. Mondello, G. M. Paolillo, V. A. Peduto, F. Petrini, L. Piazza, S. Pierdominici, P. Pietropaoli, R. Rosi, I. Salvo, R. Santagostino, G. Savoia, G. Serafini, M. Solca, L. Stella, M. Tavola, G. Torri, R. Tufano, S. Vesconi, E. Zoia, P. Zuccoli.

Address reprint requests to: E. Calderini, Istituti Clinici di Perfezionamento, Via della Commenda 12, 20122 Milano.
E-mail: edoardo.calderini@icp.mi.it

medical record and the perioperative anesthesia record should allow the exercise of rights and the protection of legitimate interests of the patient being treated, the hospital delivering the services and the healthcare workers acting on behalf of the organization. The content requirements should respond to criteria of clarity, accuracy, veracity, pertinence, traceability and completeness.

The adoption of a perioperative anesthesia record, complete in all its parts, as proposed in the present document, is not the only option available for a correct documentation of clinical activity. Those sections that are more general (history, physical examination, diagnostic and laboratory tests) may already be covered in the patient's medical record. Copying the information from the medical record is not normally necessary, provided the description referred to can be considered appropriate and complete. Nonetheless, the documentation of anesthesiological interest contained on the medical record should always be verified for explicitness, completeness and ease of location. A good habit is to note the references to these documents on the perioperative anesthesia record, so that whenever diagnostic or therapeutic protocols are referred to, they are retraced and indexed.

The model of the Perioperative Anesthesia Record presented in this document is divided into the various sections that follow the 3 phases of anesthesia treatment: preoperative evaluation, intraoperative phase and recovery. The proposed model was designed for adult patients receiving anesthesia treatment for non-ultraspecialist surgery. It was created with a common word processing program (Microsoft Word®) and is posted on the SIAARTI website www.siaarti.it. The items each box contains are not intended as being valid for all settings nor comprehensive for all purposes. Instead, they are the result of long discussions and represent a compromise in many sections. It was not the study group's intention to furnish a preset, preassembled record form, for this would have triggered an interminable series of objections and criticism, valid nevertheless, that were already raised during the preliminary discussion phase. We believe that the document's validity does not derive so much from the choice of single items as from its ability to demonstrate the need for a clear and comprehensive collection of documentation related to the various phases of anesthesia treatment. The idea is that after downloading the file, members can adapt the form to their specific needs, while keeping within the recommended guidelines.

In the near future, the model, adapted as necessary, could become a starting point for setting up a computer database for the collection of statistical and clinical data at the local and national levels.

The Perioperative Anesthesia Record is divided into the following sections: demographics, history, physical examination, preoperative investigations, intraoperative record, recovery, appendix.

Demographics

The first section of the record contains information on patient demographics, type of surgery and admission. The items required for correct patient identification are: name, surname, date of birth or unit history number (*i.e.* medical record number).

Although it would be more convenient to enter body weight and height in the Physical Examination section, these items are listed here for the sake of habit.

PATIENT DEMOGRAPHICS					
SURNAME		M	DIAGNOSIS		
NAME		F	PLANNED PROCEDURE		
DATE OF BIRTH	WEIGHT (kg)	DEPARTMENT		<input type="checkbox"/> ELECTIVE	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
AGE	HEIGHT (cm)	HOSPITAL IDENTIFICATION NUMBER	<input type="checkbox"/> ORDINARY	<input type="checkbox"/> DAY SURGERY	<input type="checkbox"/> PREADMISSION

History

This section contains a form for easily collecting information from history taking. The first part lists family history, physiology and allergies, followed by common items that allow rapid completion of the form. The box “Other” is for entering items not listed, while the box “Notes” provides space for specific information. The “NEG” box in the upper right hand corner should be checked if no important elements have been found.

HISTORY							NEG <input type="checkbox"/>
FAMILY	<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> HEART DISEASE	<input type="checkbox"/> ARTERIAL HYPERTENS.	<input type="checkbox"/> HEMORRHAGIC DIATHESIS	<input type="checkbox"/> MYOPATHY	<input type="checkbox"/> ANESTHESIA COMPLICATIONS	<input type="checkbox"/> other
PHYSICAL	<input type="checkbox"/> SMOKING	<input type="checkbox"/> ALCOHOL	<input type="checkbox"/> DRUGS	<input type="checkbox"/> PREGNANCY	<input type="checkbox"/> PREVIOUS PREGNANCIES	<input type="checkbox"/> other	
ALLERGIES	<input type="checkbox"/> ANAPHYLACTIC SHOCK	<input type="checkbox"/> GLOTTIDIS EDEMA	<input type="checkbox"/> ASTHMA	<input type="checkbox"/> URTICARIA	<input type="checkbox"/> LATEX	<input type="checkbox"/> other	
notes							

Neurological history

The main disease categories are given, along with other items for specifying findings, diseases or their symptoms that may be of anesthesiological interest.

NEUROLOGICAL				NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INFECTIONS	<input type="checkbox"/> ISCHEMIA	<input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> NEOPLASMS	
Site/results				
<input type="checkbox"/> PARKINSON	<input type="checkbox"/> EPILEPSY	<input type="checkbox"/> NEUROPATHY	<input type="checkbox"/> MYASTHENIA	<input type="checkbox"/> MYOPATHY
<input type="checkbox"/> CRAMPS	<input type="checkbox"/> PSYCH. DISORDERS	<input type="checkbox"/> HEADACHE		
notes				

Respiratory history

The most common respiratory diseases are listed.

RESPIRATORY					NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PNEUMONIA		<input type="checkbox"/> FIBROSIS		<input type="checkbox"/> PNEUMOTHORAX	
<input type="checkbox"/> ASTHMA		<input type="checkbox"/> COPD		<input type="checkbox"/> other	
notes					

Cardiovascular history

The most common cardiovascular diseases are listed, along with an entry for the presence of a pacemaker.

CARDIOVASCULAR					NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ISCHEMIC HEART DISEASE					
<input type="checkbox"/> CARDIAC INSUFFICIENCY		<input type="checkbox"/> ARTERIAL HYPERTENSION			
<input type="checkbox"/> VALVULOPATHY		<input type="checkbox"/> ARRHYTHMIAS		<input type="checkbox"/> PACEMAKER	
<input type="checkbox"/> VASCULOPATHY		<input type="checkbox"/> LUNG EMBOLISM			
notes					

Other systems

The patient's medical history related to liver, kidney and pancreas, etc. is included in a single section. The "Notes" box allows for remarks.

OTHER SYSTEMS					NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENDOCRINE METABOLIC		<input type="checkbox"/> LIVER		<input type="checkbox"/> KIDNEY	
<input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL		<input type="checkbox"/> THYROID		<input type="checkbox"/> ADRENAL	
<input type="checkbox"/> PANCREAS		<input type="checkbox"/> HEMOLYMPHATIC		<input type="checkbox"/> other	
<input type="checkbox"/> COAGULOPATHY				<input type="checkbox"/> IMMUNODEFICIENCIES	
notes					

Anesthesia-surgical history and anesthesia complications

This forms allows exact collection of the history of prior anesthesia, surgery and any complications. Common complications are listed.

ANESTHESIA-SURGERY						NEG <input type="checkbox"/>
Year	ANESTHESIA	INTERVENTION	Year	ANESTHESIA	INTERVENTION	
notes						

ANESTHESIA COMPLICATIONS						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ALLERGIES		<input type="checkbox"/> DIFFICULT AIRWAY		<input type="checkbox"/> NAUSEA/VOMITING	<input type="checkbox"/> DELAYED RECOVERY	
<input type="checkbox"/> NEUROLESIONS		<input type="checkbox"/> HEADACHE		<input type="checkbox"/> other		
notes						

Physical examination

Like the history section, this section is divided by organ/system, with certain sections on anatomical area of particular anesthesiological interest. Suggestions guide the examination for each sector.

PHYSICAL EXAMINATION							
BP		HR		RR		T°	
GENERAL					NEG <input type="checkbox"/>		
NUTRITIONAL STATUS	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> underweight	<input type="checkbox"/> obese	<input type="checkbox"/> EDEMA			
SKIN COLOR	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> cyanotic	<input type="checkbox"/> pale	<input type="checkbox"/> jaundiced			
DECUBITUS	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> other		<input type="checkbox"/> SKIN LESIONS			
PROSTHESES	<input type="checkbox"/> hearing	<input type="checkbox"/> visual		<input type="checkbox"/> other			
notes							

HEAD – NECK										NEG <input type="checkbox"/>	
DENTITION	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Edentulate	DENTAL PROSTHESIS			JAW PROTRUSION	CORRECTABLE		<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> protruding incisors		Fixed	Mobile	Sup. Inf.	NECK		<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Hypomobile	<input type="checkbox"/> Fixed	
ORAL OPENING	<input type="checkbox"/> >3 cm	<input type="checkbox"/> <3 cm	<input type="checkbox"/> Mandibular hypoplasia			THYROMENTAL DISTANCE	<input type="checkbox"/> <6 cm		<input type="checkbox"/> >6 cm		
<input type="checkbox"/> BEARD	<input type="checkbox"/> LARGE NOSE		<input type="checkbox"/> SNORING			MALLAMPATI SCORE	1	2	3	4	
notes											

NERVOUS SYSTEM						NEG <input type="checkbox"/>
CONSCIOUSNESS	<input type="checkbox"/> Full	<input type="checkbox"/> Psychomotor agitation	<input type="checkbox"/> Drowsiness	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Drug sedation	
CRANIAL NERVES						
PERIPHERAL N.						
notes						

RESPIRATORY SYSTEM						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EUPNEA	<input type="checkbox"/> ORTHOPNEA	<input type="checkbox"/> EXERTION DYSPNEA	<input type="checkbox"/> DYSPNEA AT REST	<input type="checkbox"/> other		
AUSCULTATION						
<input type="checkbox"/> THORACIC ALTERATIONS				<input type="checkbox"/> TRACHEAL ALTERATIONS		
notes						

CARDIOCIRCULATORY SYSTEM						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> LOWER LIMB VARICES.	<input type="checkbox"/> EDEMA	<input type="checkbox"/> THROMBOPHLEBITIS	<input type="checkbox"/> JUGULAR TURGOR	<input type="checkbox"/> PACEMAKER	<input type="checkbox"/> DIFFICULT VENOUS ACCESS	
AUSCULTATION						
notes						

ABDOMEN						NEG <input type="checkbox"/>
notes						

MUSCULOSKELETAL SYSTEM						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BONE-JOINT MALFORMATIONS	<input type="checkbox"/> SPINAL MALFORMATIONS	<input type="checkbox"/> ABNORMAL POSTURE	<input type="checkbox"/> MUSCLE MASS ALTERATIONS	<input type="checkbox"/> MUSCLE TONE ALTERATIONS	<input type="checkbox"/> OTHER	
notes						

CONCURRENT THERAPY						NEG <input type="checkbox"/>
DRUG	DOSE/RTE	DRUG	DOSE/RTE	DRUG	DOSE/RTE	

Preoperative investigations

Blood chemistry tests, diagnostic examinations and specialist consultation

Space is provided for the collection of findings from preoperative investigations. The tests are listed merely to save time while completing the form; the listing does not suggest that these tests are to be performed. See “Guidelines for anesthesia evaluation prior to elective diagnostic-therapeutic procedures”.

BLOOD CHEMISTRY TESTS				NORMAL RANGE: <input type="checkbox"/>	BLOOD GROUP	Rh	Ref
Date							
WBC / RBC					PT (<i>INR</i>)		
Hb / Ht					PTT (ratio)		
PLT					Fibrinogen		
Na / K					D-dimer		
Cl / Ca					HbSA g		
Glycemia					HCV		
BUN					HIV		
Creatinine					Gravindex		
CHE							
CPK / LDH							
SGOT/SGPT							
Tot prot							
paO ₂ / paCO ₂							
pH/HCO ₃							
O ₂ Sat							

DIAGNOSTIC INVESTIGATIONS		
Examination	Date	Summary of results
ECG		
Chest X-ray		

SPECIALIST CONSULTATIONS		
Consultation	Date	Result

Additional diagnostic-therapeutic procedures

The form provides space for ordering additional diagnostic investigations, drug therapies or specialist consultation before deciding whether or not to approve anesthesia treatment for the assessed patient. A check in the "OK" box indicates that the examination was performed. It is the authors' intent that this section be completed after preoperative evaluation and inserted as a reminder note for the ward staff and colleagues on the first page of the form.

ADDITIONAL DIAGNOSTIC-THERAPEUTIC PROCEDURES					
	OK		OK		OK
	OK		OK		OK
	OK		OK		OK
Date/signature of ordering anesthetist					

Summary of associated diseases

The following section, often included on the first page of the anesthesia record, comprises a summary of the preoperative anesthesia evaluation, with NYHA class and ASA score. (It would be useful to note also the surgical risk assessment score decided together with surgeon colleagues.) This is followed by a judgement of eligibility for the procedure. If the judgement is positive, the type of anesthesia procedure proposed should be entered, along with the possible need for admission to a protected area during the postoperative phase. Informed consent should be noted here as well. The reader is referred to the SIAARTI document on informed consent.

SUMMARY OF ASSOCIATED DISEASES AND FINAL PREOPERATIVE EVALUATION					
<input type="checkbox"/>	Cerebral	<input type="checkbox"/>	Neuromuscular		
<input type="checkbox"/>	Respiratory	<input type="checkbox"/>	Allergies		
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Difficult airway management		
<input type="checkbox"/>	Hepatorenal	<input type="checkbox"/>	Anesthesia complications		
<input type="checkbox"/>	Metabolic	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Hematologic/coagulative	<input type="checkbox"/>			
notes					

NYHA	I	II	III	IV	A.S.A.	1	2	3	4	5	E
------	---	----	-----	----	--------	---	---	---	---	---	---

PATIENT ELIGIBLE FOR PROCEDURE	YES NO	notes										
TECHNIQUE PROPOSED	<input type="checkbox"/>	GENERAL AN.	<input type="checkbox"/>	SEDATION	<input type="checkbox"/>	SPINAL	<input type="checkbox"/>	PERIDURAL	<input type="checkbox"/>	PLEXIC	<input type="checkbox"/>	LOCAL
POSTOP. INTENSIVE CARE	<input type="checkbox"/>	PROBABLY NOT NECESSARY					<input type="checkbox"/>	EVALUATE		<input type="checkbox"/>	CERTAINLY NECESSARY	

Notes for the ward

After the section of preoperative evaluation has been completed, this section provides items about which the ward must be informed: blood products ordered, fasting period, prescription of preoperative medication or other therapies. The ordering physician signs the form. The professional nurse countersigns it just before administering the therapy requested.

NOTES FOR THE WARD			
<input type="checkbox"/> HOMOL. BLOOD U	<input type="checkbox"/> AUTOL. BLOOD U	<input type="checkbox"/> PLASMA U	<input type="checkbox"/> OTHER
PREOPERATIVE FASTING	FLUIDS: h	SOLIDS: h	
PROPHYLASIS and other prescriptions	Dose, time and route	Date/time of administration	
		Signature RN	
PREOPERATIVE MEDICATION			
Date/signature anesthetist		Signature RN	

Re-evaluation just prior to the operation

On the day of surgery, the patient’s conditions must be re-evaluated before he can receive anesthesia. Changes in the patient’s health status may have occurred in the time between preoperative evaluation and the day of surgery. Clinical re-evaluation should comprise the control of onset of new events and a rapid check of the patient’s state of consciousness and respiratory and cardiovascular conditions. If the anesthetist believes that, based on physical examination, the type of previously agreed anesthesia must be changed, he must inform the patient, who will then be asked to sign a new informed consent form. This means that anesthesia re-evaluation must be performed before preoperative medication is given, so that the patient is still able to understand and express his will. However, it is obvious that in many settings this requirement is not easily met.

The patient undergoes a series of controls by the nursing staff to verify: identity, site of surgery, compliance with fasting, removal of prostheses and jewelry, eligibility for preparation. Any failure to comply must be reported under “NOTES”.

RE-EVALUATION IMMEDIATELY BEFORE SURGERY				
ANESTHESIA CONTROLS	NEW EVENTS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NEUROLOGIC	<input type="checkbox"/> RESPIRATORY	<input type="checkbox"/> CARDIOCIRCULATORY
	ANESTHESIA PROPOSED <input type="checkbox"/> confirmed <input type="checkbox"/> not confirmed	Notes		
Date, time and signature anesthetist				
NURSING CONTROLS	<input type="checkbox"/> IDENTIFICATION	<input type="checkbox"/> SITE OF INTERVENTION	<input type="checkbox"/> PROSTHESES	<input type="checkbox"/> FASTING
	<input type="checkbox"/> JEWELRY	<input type="checkbox"/> HYGIENE AND TRICOTOMY	<input type="checkbox"/>	
Date, time and signature RN	Notes			

Intraoperative record

The intraoperative record contains the names of the anesthetist delivering treatment and the registered nurse assisting him. Both sign the form at the end of the procedure. The type of anesthetic delivered is reported, along with devices and modality of ventilation. One box provides for noting check of anesthesia apparatus, as indicated in the SIAARTI document “Control of anesthesia apparatus”. A grid includes items on vital signs, drugs and infusions delivered, a diagram for intraoperative water balance and a space for other notes. A legend in the Appendix at the end of this document lists the symbols denoting the most important steps in the anesthesia and surgery procedures and the main vital sign values to be entered in the grid.

Recovery

This section has a space for noting monitored parameters, pain evaluation and recovery based on a score system, drugs and infusions delivered in the recovery room. Particular attention was directed to the reporting of time of entry and exit from the recovery room and recognition of the operators.

Indications for the ward

The information requested here refers to therapeutic treatment and postoperative monitoring.

General indications

The patient's surname, name, and date of birth (or identification hospital number) should be noted on each page of the Anesthesia Record (and on all forms in the medical record) to secure correct identification (particularly during photocopying when duplicates of the medical records are ordered). If the hospital uses an optical system for bar-coded adhesive labels, space should be left on each page for applying them. All pages should be numbered, indicating the page number and the total number of pages (*e.g.* 1/6, 2/6, etc.).

ASA Classification

Class	Description
I	Normal, healthy patient, without organic, physiologic, or psychiatric disturbance
II	Patient with controlled medical conditions without significant systemic effects
III	Patient having medical conditions with significant systemic effects intermittently associated with significant functional compromise
IV	Patient with medical condition that is poorly controlled, associated with significant dysfunction and is a potential threat to life
V	Patient with a critical medical condition that is associated with little chance of survival with or without the surgical procedure
E	This modifier is added to any of the above classes to signify a procedure that is being performed as an emergency and may be associated with a suboptimal opportunity for risk modification

NYHA Classification

Class	Description
I	No limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue fatigue, palpitation, or dyspnea
II	Slight limitation of physical activity. Comfortable at rest, but ordinary physical activity results in fatigue, palpitation, or dyspnea
III	Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest, but less than ordinary activity causes fatigue, palpitation, or dyspnea
IV	Unable to carry out any physical activity without discomfort. Symptoms of cardiac insufficiency at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort is increased

Bromage score

Score	Description
0	No motor block: full extension of knee and foot
1	Inability to raise extended leg. Just able to move foot only
2	Inability to flex knee. Able to move foot only
3	Inability to flex ankle joint. Unable to move foot or knee

Visual Analog Scale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No pain										Maximum pain

References

1. Direzione Generale Sanità Regione Lombardia. Manuale della Cartella Clinica. 2000
2. D'Agostino F. Bioetica. Torino: Giappichelli Ed.; 1996.
3. Fortino A, Lojudice M, Montalbano MG. Linee guida interne per la gestione della cartella clinica di ricovero: strategie ed esperienza. *Organizzazione Sanitaria* 1998;5-6:101-14.
4. Fucci S. Il consenso informato nel mirino del legislatore. *Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica*, anno IV, n. 4.
5. AA.VV. Guida all'esercizio professionale per i medici-chirurghi e gli odontoiatri. Torino: Ed. Medico Scientifiche; 1994.
6. Regione Lombardia - Direzione Generale Sanità - Servizio sistema Informativo e Controllo Qualità. Indicazione per la corretta compilazione e tenuta della cartella clinica 19;1-8.
7. Ed Archivistici. La Cartella Clinica, Profili Strumentali, Gestionali, Giuridici. Atti del Convegno. Milano: Maggioli Editore; 1999.
8. Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria. Linee guida: la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera. 1992:1-22.
9. Lyons R, Payne C, McCabe M. Legibility of doctors' handwriting: quantitative comparative study. *BMJ* 1998;317:115-20.
10. Negrini G. Ripensando alla cartella clinica ospedaliera. *Gli ospedali della vita* 1998:103-12.
11. Ramos-Cuadra A, Marión-Buen J, García M. Use of the appropriateness evaluation protocol: the role of medical record quality. In: Ramos Cuadra A, Marión-Buen J, Garcia-Martin M., Fernandez-Gracia J, Morata-Cespedes MC, Martin-Moren L *et al*. The effect of completeness of medical record on the determination of appropriateness of hospital days. *Int J Quality Health Care* 1995;7:267-75.
12. Nonis M, Braga M, Guzzanti E. Cartella clinica e qualità dell'assistenza. Presente, passato e futuro. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1998.
13. Santacroce G. Il consenso informato nella giurisprudenza della Corte di Cassazione: attualità e prospettive. *Riv Diritto Professioni Sanitarie* 1998;1:88-94.
14. Secker-Walker, Merrett H. Risk in clinical care. *Nurs Manag* 1997;3:22.
15. Stanzone P, Zambiano V. Responsabilità medica e consenso. In: *Attività sanitaria e responsabilità civile*. Milano: Ed. Giuffrè; 1998.
16. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force Report. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. *Circulation* 1996;93:1278-317.
17. Guidelines for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practical guidelines (committee on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery). *J Am Coll Cardiol* 1996;27:910-48.
18. Biagioli, Catena G, Clementi G, Grillone G, Merli M, Ranucci M. Raccomandazioni per la gestione perioperatoria del cardiopatico da sottoporre a chirurgia non cardiaca. *Minerva Anestesiol* 2000;66:85-104.
19. Goldman L, Caldera DL, Southwick FS, Nussbaum SR, Murray B, O'Malley TA *et al*. Cardiac risk factors and complications in non cardiac surgery. *Medicine (Baltimore)* 1978;57:357-70.
20. Gruppo di Studio SIAARTI per la sicurezza in anestesia e terapia intensiva. Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica in previsione di procedure diagnostico-terapeutiche in elezione. *Minerva Anestesiol* 1998;64:18-26.
21. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Raccomandazioni per il monitoraggio di minima del paziente durante anestesia. *Minerva Anestesiol* 1997;63:267-70.
22. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Il consenso informato all'anestesia. *Minerva Anestesiol* 1997;63:271-4.
23. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Raccomandazioni per la sorveglianza post-anestesiológica. *Minerva Anestesiol* 1997;63:275-8.
24. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Controllo dell'apparecchio di anestesia. *Minerva Anestesiol* 1997;63:261-5.

25. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva. Raccomandazioni per l'anestesia nel Day Hospital. *Minerva Anesthesiol* 1997;63:287-90.
26. Commissione SIAARTI/AAROI sull'anestesia in Day Surgery. Raccomandazioni clinico-organizzative per l'anestesia in day-surgery. *Minerva Anesthesiol* 2000;66:915-26.
27. Gruppo di Studio SIAARTI per la Sicurezza in Anestesia. Sezione «Ipertermia Maligna». Raccomandazioni in tema di ipertermia maligna. *Minerva Anesthesiol* 1997;63:279-86.
28. Commissione SIAARTI di Studio «Vie aeree difficili». L'intubazione difficile e la difficoltà di controllo delle vie aeree nell'adulto. *Minerva Anesthesiol* 1998;64:361-71.
29. [No authors listed]. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Acute Pain Section. *Anesthesiology* 1995;82:1071-81.
30. Chapman CR. The measurement of pain in man. In: Kosterlitz HW, Terenius LY, editors. *Pain and society*. Weinheim, West Germany: Verlag Chemie; 1980. p.339-54.
31. Seeman H, Zimmermann M. Schmerzdocumentation in der ärztlichen Praxis mit dem Heidelberger Schmerztagebuch. In: Seithel R, editor. *Neuraltherapie. Grundlagen, Klinik, Praxis*. Stuttgart: Hippokrates; 1984. p.63-70.
32. Bromage PR. A comparison of the hydrochloride and carbon dioxide salts of lidocaine and prilocaine in epidural analgesia. *Acta Anaesth Scand* 1965b;Suppl 16:53.
33. Aldrete JA. The postanesthesia recovery score revisited. *J Clin Anesth* 1995:89-91.

Raccomandazioni per la compilazione della Scheda Anestesiologica Perioperatoria

Il Gruppo di Studio per la Sicurezza in Anestesia e Terapia Intensiva ha elaborato il documento «Raccomandazioni per la compilazione della Scheda Anestesiologica Perioperatoria» con l'intento di soddisfare due obiettivi prioritari: 1) documentare in forma completa ed esplicita il percorso clinico seguito dal paziente e le decisioni dei sanitari coinvolti nella gestione nel periodo perioperatorio; 2) fornire ai colleghi anestesisti uno strumento per la raccolta dei principali dati di interesse anestesilogico¹⁻³.

La documentazione dell'attività sanitaria è imposta per legge e, nell'ambito dei processi per l'accreditamento e per la Qualità, alcune Regioni (ma anche singole Aziende Ospedaliere) hanno iniziato ad effettuare verifiche tramite Enti Certificatori terzi. Tali Enti controllano l'aderenza a standard di provata qualità in tutti i campi di attività delle strutture sanitarie e tra questi è inclusa la richiesta di una precisa documentazione dell'attività anestesilogica nel periodo perioperatorio. La mancata adesione a tali standard determina penalizzazioni proporzionate al numero e al tipo delle non conformità; nei casi più gravi è previsto il ritiro dell'accreditamento o la mancata certificazione per il sistema della Qualità della struttura sanitaria coinvolta.

I requisiti generali richiesti ad una Scheda Anestesiologica Perioperatoria, e più in generale ad una Cartella Clinica, possono essere così sintetizzati:

A) Fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali e per documentare la continuità assistenziale, descrivendo il quadro clinico, i processi diagnostico-terapeutici realizzati ed i risultati conseguiti.

B) Consentire la tracciabilità, per le diverse attività svolte, di responsabilità delle azioni, cronologia delle stesse e modalità della loro esecuzione.

C) Costituire una fonte informativa per ricerche clinico-scientifiche, formazione degli operatori, studi valutativi dell'attività assistenziale ed esigenze amministrative e gestionali.

Inoltre, trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, sia la Cartella Clinica che la Scheda Anestesiologica Perioperatoria devono permettere l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi della persona assistita, dell'Azienda che eroga l'assistenza e degli operatori che agiscono in suo nome. I requisiti di contenuto devono rispondere a criteri di chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza, rintracciabilità e completezza.

L'adozione di una Scheda Anestesiologica Perioperatoria completa in tutte le sue parti, come suggerito nel presente documento, non rappresenta l'unica opzione a disposizione per una corretta documentazione dell'attività clinica: alcune sezioni di carattere più generale come l'anamnesi, l'esame obiettivo, le indagini diagnostiche e di laboratorio, potrebbero essere già ampiamente documentate nella Cartella Clinica del paziente. In generale non è necessario procedere alla copiatura di quanto già descritto in Cartella Clinica, purché la descrizione cui si fa riferimento sia ritenuta adeguata e completa. Si raccomanda comunque di verificare che la documentazione di interesse anestesilogico sia esplicita, completa e facilmente reperibile

nella Cartella Clinica del paziente. Buona norma è esplicitare sulla Scheda Anestesiologica Perioperatoria il riferimento a tali documenti. Qualora si facesse riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, essi vanno richiamati e referenziati.

Il modello di Scheda Anestesiologica Perioperatoria presentato in questo documento è distinto in diverse sezioni, che completano le 3 fasi del trattamento anestesilogico: valutazione preoperatoria, fase intraoperatoria e risveglio. Il modello proposto deve essere inteso per pazienti adulti e sottoposti a procedure anestesilogiche per chirurgia non ultraspecialistica. È stato elaborato con un word processor molto diffuso (Microsoft Word®) ed è disponibile sul sito web della SIAARTI all'indirizzo www.siaarti.it. Le voci previste nei singoli campi non hanno la pretesa di essere né valide in assoluto, né tantomeno esaustive. Sono il frutto di lunghe discussioni e rappresentano, in molte sezioni, il risultato di un compromesso. Si è evitato di proposito di fornire una scheda perioperatoria già preconstituita e assemblata per contenere l'interminabile serie di obiezioni e critiche, peraltro valide, che già si erano rilevate in fase di discussione preliminare. Riteniamo che la validità del documento non risieda tanto nella scelta delle singole voci inserite nei diversi campi quanto piuttosto nella sua capacità di mettere in evidenza l'esigenza di una raccolta chiara ed esauriente della documentazione relativa alle diverse fasi del trattamento anestesilogico. Ne consegue che ogni socio, una volta scaricato il programma, potrà rielaborarlo e modificarlo secondo le proprie esigenze, cercando tuttavia di attenersi alle indicazioni di carattere più generale.

In un prossimo futuro il modello, opportunamente adattato, potrebbe rappresentare lo spunto per l'impostazione di database informatizzati per la raccolta di dati, sia statistici che clinici, a livello locale o nazionale.

La Scheda Anestesiologica Perioperatoria è stata suddivisa nelle seguenti sezioni: Anagrafica, Anamnesi, Esame obiettivo, Indagini preoperatorie, Scheda intraoperatoria, Risveglio, Appendice.

Anagrafica

La prima sezione della scheda, è dedicata alla raccolta dei dati anagrafici, della tipologia di intervento chirurgico e di ricovero. Si ricorda che per la corretta identificazione del paziente sono indispensabili: Nome, Cognome e, in alternativa, Data di Nascita o Numero Nosologico (cioè numero di Cartella Clinica).

Peso e altezza andrebbero più convenientemente inseriti nella parte relativa all'esame obiettivo ma, per antica consuetudine e comodità, sono state introdotte in questa sezione.

ANAGRAFICA					
COGNOME		M	DIAGNOSI		
NOME		F	INTERVENTO		
DATA di NASCITA	PESO (kg)	U.O.		<input type="checkbox"/> ELEZIONE	<input type="checkbox"/> URGENZA
ETA'	ALTEZZA (cm)	N. NOSOLOGICO		<input type="checkbox"/> ORDINARIO	<input type="checkbox"/> PRERICOVERO

Anamnesi

In questa sezione è riportato uno schema per la raccolta facilitata dell'anamnesi. Nel primo settore sono riportate le anamnesi familiare, fisiologica ed allergica, con le voci di più frequente riscontro già indicate per agevolare una più rapida raccolta. La casella *altro* consente l'aggiunta di voci non previste, la casella *note* permette un approfondimento della segnalazione. La casella *NEG* nel rigo del titolo accelera la raccolta in caso di assenza di elementi anamnestici rilevanti.

ANAMNESI							NEG <input type="checkbox"/>
FAMILIARE	<input type="checkbox"/> DIABETE MELLITO	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> IPERTENS. ARTERIOSA	<input type="checkbox"/> DIATESI EMORRAGICA	<input type="checkbox"/> MIOPATIE	<input type="checkbox"/> COMPLIC. ANESTESIOLOG.	<input type="checkbox"/> altro
FISIOLOGICA	<input type="checkbox"/> FUMO	<input type="checkbox"/> POTUS	<input type="checkbox"/> DROGHE	<input type="checkbox"/> GRAVIDANZA IN ATTO	<input type="checkbox"/> GRAVIDANZE PREGRESSE	<input type="checkbox"/> altro	
ALLERGICA	<input type="checkbox"/> SHOCK ANAFILATTICO	<input type="checkbox"/> EDEMA GLOTTIDE	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> ORTICARIA	<input type="checkbox"/> LATTICE	<input type="checkbox"/> altro	
note							

Anamnesi neurologica

Sono riportate le categorie patologiche principali, con la possibilità di definire nel dettaglio gli eventuali esiti ed alcune malattie, o sintomi di malattie, di particolare interesse anestesio-logico.

NEUROLOGICA							NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INFETTIVA		<input type="checkbox"/> ISCHEMICA		<input type="checkbox"/> TRAUMATICA		<input type="checkbox"/> NEOPLASTICA	
Sede/esiti							
<input type="checkbox"/> PARKINSON	<input type="checkbox"/> EPILESSIA	<input type="checkbox"/> NEUROPATIA	<input type="checkbox"/> MIASTENIA	<input type="checkbox"/> MIOPATIA	<input type="checkbox"/> CRAMPI	<input type="checkbox"/> M. PSICHIATRICHE	<input type="checkbox"/> CEFALEA
note							

Anamnesi respiratoria

Vengono indicate le patologie di più frequente riscontro.

RESPIRATORIA				NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> POLMONITE		<input type="checkbox"/> FIBROSI		<input type="checkbox"/> PNX
<input type="checkbox"/> ASMA		<input type="checkbox"/> BPCO		<input type="checkbox"/> altro
note				

Anamnesi cardiovascolare

Vengono indicate le patologie di più frequente riscontro e l'eventuale presenza di pacemaker.

CARDIOVASCOLARE				NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA ISCHEMICA				
<input type="checkbox"/> SCOMPENSO CARDIACO		<input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA		
<input type="checkbox"/> VALVULOPATIA		<input type="checkbox"/> ARITMIE	<input type="checkbox"/> PACEMAKER	
<input type="checkbox"/> VASCULOPATIA		<input type="checkbox"/> EMBOLIA POLM.		
note				

Anamnesi: altri apparati

L'anamnesi relativa a fegato, rene e pancreas, ecc. viene compattata in un unico settore. La casella *note* consente eventuali approfondimenti.

ALTRI APPARATI					NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENDOCRINO METABOLICO		<input type="checkbox"/> FEGATO		<input type="checkbox"/> RENE	
<input type="checkbox"/> GASTROENTERICO		<input type="checkbox"/> TIROIDE		<input type="checkbox"/> SURRENE	
<input type="checkbox"/> PANCREAS		<input type="checkbox"/> EMOLINFATICO		<input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> COAGULOPATIA				<input type="checkbox"/> IMMUNODEFICIENZE	
note					

Anamnesi anestesio-logico-chirurgica e complicanze anestesio-logiche

Viene riportato uno schema per una precisa raccolta delle notizie anamnestiche relative alle precedenti anestesie, interventi chirurgici, ed eventuali complicanze. Per queste ultime sono fornite le voci più frequenti.

ANESTESIOLOGICO-CHIRURGICA						NEG <input type="checkbox"/>
Anno	ANESTESIA	INTERVENTO	Anno	ANESTESIA	INTERVENTO	
note						
COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ALLERGIE		<input type="checkbox"/> INTUBAZIONE DIFFICILE		<input type="checkbox"/> NAUSEA/VOMITO	<input type="checkbox"/> RISVEGLIO RITARDATO	
<input type="checkbox"/> NEUROLESIONI		<input type="checkbox"/> CEFALEA		<input type="checkbox"/> altro		
note						

Esame obiettivo

Analogamente all'anamnesi anche l'esame obiettivo è stato suddiviso per organi/apparati, con alcuni settori dedicati a regioni anatomiche di particolare interesse anestesio-logico. Per ogni settore l'esame viene guidato con suggerimenti.

ESAME OBIETTIVO							
P A		FC		FR		Ti	
GENERALE					NEG <input type="checkbox"/>		
STATO NUTRIZIONALE	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> sottopeso	<input type="checkbox"/> obesità	<input type="checkbox"/> edemi			
COLORE CUTE	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> cianosi	<input type="checkbox"/> pallone	<input type="checkbox"/> ittero			
DECUBITO	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> obbligato		<input type="checkbox"/> lesioni cutanee			
PROTESI	<input type="checkbox"/> acustiche	<input type="checkbox"/> oculari		<input type="checkbox"/> altre			
note							

TESTA - COLLO										NEG <input type="checkbox"/>				
DENTI	<input type="checkbox"/> Mobili	<input type="checkbox"/> Edentulia	<input type="checkbox"/> PROTESI DENTALI				PROTRUSIONE MANDIBOLA	CORREGGIBILE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/> NORMALI	<input type="checkbox"/> INCISIVI SPORGENTI		Fisse	Mobili	Sup.	Inf.	COLLO	<input type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Ipomobile	<input type="checkbox"/> Fisso				
APERTURA BOCCA	<input type="checkbox"/> > 3 cm	<input type="checkbox"/> < 3 cm	<input type="checkbox"/> Ipoplasia mandibolare				DIST. TIRO-MENTONIERA	<input type="checkbox"/> < 6 cm		<input type="checkbox"/> > 6 cm				
<input type="checkbox"/> BARBA	<input type="checkbox"/> NASO GROSSO		<input type="checkbox"/> RUSSAMENTO				MALLAMPATI	1	2	3	4			
note														

S. NERVOSO						NEG <input type="checkbox"/>		
COSCIENZA	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Agit. psicomotoria	<input type="checkbox"/> Sopore	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Sedaz. farmac.			
NERVI CRANICI								
N. PERIFERICI								
note								

S. RESPIRATORIO					NEG <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> EUPNEA	<input type="checkbox"/> ORTOPNEA	<input type="checkbox"/> DISPNEA DA SFORZO	<input type="checkbox"/> DISPNEA A RIPOSO	<input type="checkbox"/> altro			
AUSCULTAZIONE							
<input type="checkbox"/> ALTERAZIONI TORACICHE					<input type="checkbox"/> ALTERAZIONI TRACHEALI		
note							

S. CARDIOCIRCOLATORIO						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VARICI ARTI INF.	<input type="checkbox"/> EDEMI	<input type="checkbox"/> TROMBOFLEBITI	<input type="checkbox"/> TURGORE GIUGULARE	<input type="checkbox"/> PACEMAKER	<input type="checkbox"/> ACCESSI VENOSI DIFFICILI	
AUSCULTAZIONE						
note						

ADDOME		NEG <input type="checkbox"/>
note		

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO						NEG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MALFORMAZIONI OSTEO-ARTICOLARI	<input type="checkbox"/> MALFORMAZIONI RACHIDE	<input type="checkbox"/> POSTURE ANOMALE	<input type="checkbox"/> ALTERAZIONI MASSE MUSC.	<input type="checkbox"/> ALTERAZIONI TONO MUSC.	<input type="checkbox"/> ALTRO	
note						

TERAPIA IN CORSO						NEG <input type="checkbox"/>
FARMACO	DOSE/VIA	FARMACO	DOSE/VIA	FARMACO	DOSE/VIA	

Indagini preoperatorie

Esami ematochimici, indagini strumentali e consulenze specialistiche

Viene dedicato lo spazio per la raccolta dei referti delle indagini preoperatorie. L'indicazione dei test ha unicamente la finalità di risparmiare tempo nella scrittura, non quella di suggerimento sulle indagini da effettuare per le quali si rimanda al documento SIAARTI «Raccomandazioni per la valutazione anestesiológica in previsione di procedure diagnostico-terapeutiche in elezione».

ESAMI EMATOCHIMICI					NELLA NORMA: <input type="checkbox"/>	EMOGRUPPO	Rh	Rif
Data								
GB/GR					PT (INR)			
Hb / Ht					PTT (ratio)			
PLT					Fibrinogeno			
Na / K					D-dimero			
Cl / Ca					HbsAg			
Glicemia					HCV			
Azotemia					HIV			
Creatinina					Gravindex			
CHE								
CPK / LDH								
AST / ALT								
Prot. tot.								
pO ₂ / pCO ₂								
pH/HCO ₃								
SaO ₂								

DIAGNOSTICA STRUMENTALE		
Esame	Data	Sintesi risultato
ECG		
Rx torace		

CONSULENZE SPECIALISTICHE		
Consulenza	Data	Risultato

Procedure diagnostico-terapeutiche supplementari

Il presente schema prevede la possibilità, una volta valutato il paziente, di richiedere ulteriori approfondimenti diagnostici, terapie farmacologiche o consulenze specialistiche prima di esprimere l'assenso o il diniego al trattamento anestesiológico. La croce su OK indica che l'esame è stato effettuato. Nell'intento degli Autori questa sezione dovrebbe essere compilata al termine della valutazione preoperatoria e comparire, come promemoria per il reparto e i colleghi, sulla prima pagina della Scheda.

PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SUPPLEMENTARI					
	OK		OK		OK
	OK		OK		OK
	OK		OK		OK
Data e firma Anestesista richiedente					

Sintesi delle patologie associate

La sezione successiva, spesso rappresentata sulla prima pagina della scheda anestesiológica, comprende una sintesi della valutazione anestesiológica preoperatoria con l'indicazione della classe NYHA e il punteggio ASA. (Sarebbe auspicabile includere anche uno score di valutazione del rischio chirurgico concordato con i colleghi chirurghi.)

Segue un giudizio di idoneità alla procedura. In caso di valutazione positiva viene quindi indicato il tipo di procedura anestesiológica proposta e l'indicazione della eventuale necessità di un ricovero in ambiente protetto nel decorso postoperatorio. È questo anche il momento per la raccolta del consenso informato dopo adeguata informazione. Per il modulo di consenso si rimanda all'apposito documento SIAARTI.

SINTESI DELLE PATOLOGIE ASSOCIATE E VALUTAZIONE PREOPERATORIA CONCLUSIVA			
<input type="checkbox"/>	Cerebrale	<input type="checkbox"/>	Neuromuscolare
<input type="checkbox"/>	Respiratoria	<input type="checkbox"/>	Allergica
<input type="checkbox"/>	Cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	Difficile gestione vie aeree
<input type="checkbox"/>	Epatorenale	<input type="checkbox"/>	Complicanze anestesilogiche
<input type="checkbox"/>	Metabolica	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ematologica/coagulativa	<input type="checkbox"/>	
note			

<i>NYHA</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>A.S.A.</i>	1	2	3	4	5	E
-------------	----------	-----------	------------	-----------	---------------	---	---	---	---	---	---

PAZIENTE IDONEO ALLA PROCEDURA	SI NO	note										
TECNICA PROPOSTA	<input type="checkbox"/>	AN. GENERALE	<input type="checkbox"/>	SEDOANALG.	<input type="checkbox"/>	SPINALE	<input type="checkbox"/>	PERIDURALE	<input type="checkbox"/>	PLESSICA	<input type="checkbox"/>	LOCALE
ASSISTENZA INTENSIVA P.O.	<input type="checkbox"/>	PROBABILMENTE NON NECESSARIA					<input type="checkbox"/>	DA VALUTARE		<input type="checkbox"/>	SICURAMENTE NECESSARIA	

Note per il reparto

Al termine della valutazione preoperatoria è prevista una sezione per la comunicazione delle indicazioni per il reparto: emocomponenti richiesti, ore di digiuno da osservare, prescrizione della premedicazione o di altre terapie. Il medico prescrittore appone la propria firma. L'infermiere professionale provvederà a controllare la prescrizione al momento della somministrazione delle terapie.

NOTE PER IL REPARTO											
<input type="checkbox"/>	S.OMOLOGO	U	<input type="checkbox"/>	S.PREDEPOSITO	U	<input type="checkbox"/>	PLASMA	U	<input type="checkbox"/>	ALTRO	
DIGIUNO PREOPERATORIO			LIQUIDI: h				SOLIDI: h				
PROFILASSI ed altre prescrizioni			Dose, ora e via				Data e ora della somministrazione				
							Firma IP				
PREMEDICAZIONE											
							Firma IP				
Data e firma Anestesista							Firma IP				

Rivalutazione immediatamente precedente l'intervento

Il giorno dell'intervento è necessario effettuare una rivalutazione delle condizioni del paziente prima di sottoporlo ad anestesia. Potrebbero infatti essersi verificate delle alterazioni delle condizioni di salute nel tempo intercorso tra la valutazione preoperatoria e il giorno dell'intervento. La rivalutazione clinica deve comprendere il controllo dell'insorgenza di nuovi eventi e una rapida verifica dello stato di coscienza e delle condizioni respiratorie e cardiocircolatorie. Se l'anestesista ritiene, in base all'esito dell'esame fisico, di dover modificare il tipo di anestesia precedentemente concordato, deve darne comunicazione al paziente il quale dovrà esprimere e sottoscrivere un nuovo consenso informato. Da ciò deriva che la rivalutazione anestesilogica dovrebbe essere effettuata prima della somministrazione della premedicazione, in modo che il

paziente sia in grado di comprendere e volere. È ovvio che in molte realtà questo requisito non potrà essere facilmente rispettato.

Il paziente viene sottoposto anche ad una serie di controlli da parte del personale infermieristico che dovrà verificare: identità, sede dell'intervento, rispetto del digiuno, rimozione di protesi e monili, idoneità della preparazione. La non conformità viene segnalata nella sezione *Note*.

RIVALUTAZIONE IMMEDIATAMENTE PRECEDENTE L'INTERVENTO				
CONTROLLI ANESTESIOLOGICI	NUOVI EVENTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NEUROLOGICI	<input type="checkbox"/> RESPIRATORI	<input type="checkbox"/> CARDIOCIRCOLATORI
	ANESTESIA PROPOSTA <input type="checkbox"/> confermata <input type="checkbox"/> non confermata	Note		
Data, ora e Firma Anestesista				
CONTROLLI INFERMIERISTICI	<input type="checkbox"/> IDENTITÀ	<input type="checkbox"/> SEDE INTERVENTO	<input type="checkbox"/> PROTESI	<input type="checkbox"/> DIGIUNO
	<input type="checkbox"/> MONILI	<input type="checkbox"/> IGIENE e TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/>	
Data, ora e Firma IP	Note			

Scheda intraoperatoria

Sulla scheda intraoperatoria sono riportati i nominativi dell'anestesista che pratica il trattamento e dell'infermiere professionale che lo assiste; entrambi firmano al termine della procedura. Vengono quindi indicati il tipo di anestesia praticato, i presidi utilizzati e la modalità di ventilazione scelta. Una casella consente di dimostrare l'avvenuto controllo dell'apparecchio di anestesia in accordo con il documento SIAARTI «Il controllo dell'apparecchio di anestesia». Segue la griglia per il rilievo dei parametri vitali, dei farmaci e delle infusioni praticate, uno schema per il bilancio idrico intraoperatorio e uno spazio per eventuali segnalazioni. In *Appendice* sono riportati alcuni simboli per i momenti più significativi della procedura anestesiológica e chirurgica e per i principali parametri vitali da riportare sulla griglia.

Risveglio

Questo settore presenta uno spazio per la registrazione dei parametri monitorati, per la valutazione del dolore e del risveglio con sistemi a punteggio, per i farmaci e le infusioni praticate nell'area di risveglio. Particolare attenzione è stata posta al rilievo degli orari di ingresso ed uscita dall'area e al riconoscimento degli operatori.

Indicazioni per il reparto

Vengono fornite le indicazioni relative ai trattamenti terapeutici e al monitoraggio postoperatorio.

Indicazioni di carattere generale

Si ricorda che Cognome, Nome e Data di nascita (o numero nosologico) devono essere riportate su tutte le facciate della Scheda Anestesiológica (e più in generale di qualsiasi foglio presente in Cartella Clinica) per garantirne la corretta identificazione (in particolare durante l'esecuzione di copie fotostatiche in occasione di richiesta di duplicati della Cartella Clinica). Se nell'Ospedale sono operativi sistemi di riconoscimento a barre con etichette adesive è consigliabile prevedere un apposito spazio su ogni pagina della Scheda stessa.

Tutte le facciate devono inoltre essere numerate indicando il numero della pagina rispetto al numero totale di pagine componenti l'intera Scheda (per esempio 1/6, 2/6, ecc.).

Classificazione ASA

Classe	Caratteristiche
I	Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
II	Modesto disturbo sistemico che può o no essere correlato alla causa dell'intervento
III	Grave malattia sistemica correlata o no alla regione dell'intervento
IV	Grave malattia che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico
V	Paziente moribondo con scarse possibilità di sopravvivenza e che viene sottoposto all'intervento come ultima possibilità
E	Ogni intervento non dilazionabile e che pertanto non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni squilibrio. La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

Classificazione NYHA

Classe	Caratteristiche
I	Nessuna limitazione: esercizio fisico ordinario che non causa fatica, dispnea o palpitazione
II	Lieve limitazione dell'attività fisica: le consuete attività quotidiane provocano fatica, dispnea o palpitazione
III	Marcata limitazione dell'attività fisica: marcata difficoltà ad effettuare le normali attività quotidiane
IV	Impossibile effettuare attività fisica, neanche con minimo sforzo; la maggior parte dei pazienti sono costretti all'allettamento.

Bromage score

Punteggio	Caratteristiche
0	Assenza di blocco motorio: flessione completa di ginocchio e piede
1	Incapacità di sollevare l'arto inferiore esteso. Muove soltanto il ginocchio
2	Incapacità di flettere il ginocchio. Muove soltanto il piede
3	Assenza di movimento

Visual Analog Scale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun dolore										Dolore massimo