

	FÁRMACOS	MG	VÍA		FÁRMACOS	MG	VÍA	
A				G				
B				H				
C				I				
D				J				
E				K				
F				L				

TIEMPO ANESTÉSICO				TIEMPO QUIRÚRGICO			
INGRESOS				EGRESOS			
GLUCOSA				G.M.			
CLORURO DE SODIO				AYUNO			
MIXTA				TX. QX.			
HARTMAN				CA.			
OTROS				SANGRE			
G.B. / PLASMA				URESIS			
B. PARCIAL				B. PARCIAL			
B. TOTAL				B. TOTAL			

OBSTÉTRICOS: HORA: SEXO: APGAR: PESO:

DIAGNOSTICO POSOPERATORIO INMEDIATO: _____

TÉCNICA ANTISÉPTICA				SEDACIÓN:			
SIGNOS VITALES	T/A:	F.C.:	F.R.:	SAT. O ₂ :			

INCIDENTES Y ACCIDENTES: _____

CUIDADOS POST ANESTÉSICOS

HORA:			POSICIÓN:		PLAN:	
OXIGENO		PUNTAS NASALES		PURITAN		M. FACIAL C.B.R.
	RAMSAY	1 2 3 4 5 6		BROMAGE	I II III IV	

VALORACIÓN DEL DOLOR DE EVA

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

CLASIFICACIÓN DE ALDRETE

ACTIVIDAD MUSCULAR	MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS AL ORDENÁRSELOS (4EXT)	2											
	MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS AL ORDENÁRSELOS (2EXT)	1											
	COMPLETAMENTE INMÓVIL	0											
RESPIRACIÓN	RESPIRACIONES AMPLIAS Y CAPAZ DE TOSER	2											
	RESPIRACIONES LIMITADAS	1											
	APNEA	0											
CIRCULACIÓN	PRESIÓN ARTERIAL +/- 20 % CIFRAS DE CONTROL	2											
	PRESIÓN ARTERIAL +/- 20-50 % CIFRAS DE CONTROL	1											
	PRESIÓN ARTERIAL +/- 50 % CIFRAS DE CONTROL	0											
ESTADO DE CONCIENCIA	COMPLETAMENTE DESPIERTO	2											
	RESPONDE AL SER LLAMADO	1											
	NO RESPONDE	0											
COLOR	SONROSADO	2											
	PALIDEZ	1											
	CIANOSIS	0											
SIGNOS VITALES DE EGRESO	T/A:	TOTAL											
F.C.:	F:	SPO ₂ :	TEMP:		0	15	30	45	60	75	90	105	120

OBSERVACIONES:

PASA A:
 HABITACIÓN No. _____ U.C.I. _____ ALTA A SU DOMICILIO _____
 FECHA _____ HORA: _____

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO
FIRMA DEL ANESTESIOLOGO
NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL