

RECUPERACION	HORA									
ACTIVIDAD MUSCULAR				ESTADO Y MEDICACION (Eventual)						
MOV. VOL. AL ORDENARSELE 4 MIEMBROS	2									
MOV. VOL. AL ORDENARSELE 2 MIEMBROS	1									
COMPLETAMENTE INMOVIL	0									
RESPIRACION										
RESP. AMPLIA CAPAZ DE TOSER	2									
RESPIRACIONES LIMITADA	1									
APNEA	0									
CIRCULACION										
TA. 20% NIVEL PREVIO	2									
TA 20%-50 NIVEL PREVIO	1									
TA 50% NIVEL PREVIO	0									
ESTADO DE CONCIENCIA										
COMPLETAMENTE DESPIERTO	2									
RESPONDE AL SER ESTIMULADO	1									
NO RESPONDE	0									
COLOR										
MUCOSAS SON ROSADAS	2									
PALIDO - TOTERICO	1									
CIANOTICO	0									
TOTAL										

PASA A SALA GENERAL
RECUPERACION
U.T.I.
HORA

ANALGESICA POSTOPERATORIA

<input type="checkbox"/> NEUROLEPTO	<input type="checkbox"/> CONTINUA	<input type="checkbox"/> INTRA PLEURAL	SIN DOLOR
<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> INTER FIJO	<input type="checkbox"/> INTRA MUSCULAR	<input type="checkbox"/> 24 HS.
<input type="checkbox"/> REGIONAL	<input type="checkbox"/> A DEMANDA	<input type="checkbox"/> INTRA VENOSA	<input type="checkbox"/> 48 HS.
		<input type="checkbox"/> SUBCUTANEA	<input type="checkbox"/> 72 HS.
		<input type="checkbox"/> ORAL	<input type="checkbox"/> 96 HS.
			<input type="checkbox"/> _____

DROGAS

COMPLICACIONES

<input type="checkbox"/> NAUSEAS	<input type="checkbox"/> VOMITOS	<input type="checkbox"/> DIAFORESIS
<input type="checkbox"/> HIPOTENSION	<input type="checkbox"/> SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/> ARRITMIAS
<input type="checkbox"/> EXITACION	<input type="checkbox"/> DESORIENTACION	<input type="checkbox"/> ALERGIA
<input type="checkbox"/> HIPOVENTILAC	<input type="checkbox"/> HIPERSECRECIO	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

TRATAMIENTO

EVALUACION SATISFACTORIO INUTIL

ALTA ANESTESIOLOGICA

DIA _____ HORA _____

ESTADO GENERAL _____

ANESTESOLOGO