



ETIQUETA
IDENTIFICATRIVA
DEL PACIENTE

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Fecha prevista intervención: _____ Edad/ fecha de nacimiento: _____

PESO _____ TALLA _____ SUPERFICIE CORPORAL _____

ANALITICA RECIENTE: Hto. _____ Hb. _____ Plaquetas _____

** Otros de interés: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Diabetes _____ H.A. _____ Otros de interés: _____

ACV _____ EPOC _____ Vasc. Periféricos _____

INFORMES ADICIONALES:

Ecocardiograma _____

Estudio Hemodinámico: _____

F.E. _____ Otros: _____

Reintervenciones _____ Alergias _____

Tratamiento Farmacológico a destacar:

TIPO DE INTERVENCION _____

PROCEDIMIENTO _____

** Estudio de coagulación previo o día de intervención

NOTAS

Visita preoperatoria si no

Se diseña este listado de Evaluación preoperatoria, como sugerencias mínimas PRE-CEC en la práctica de Perfusiones clínicas. Cada institución debe adaptarla a sus propios requisitos