



Mod. 0428

Pag. 1 di 1

SCHEDA PROTESI

Parola chiave:

protesica

Rev. 00

del 22/10/2024

Richieste sangue ed emoderivati

☐ NO ☐ SI ☐ Omologo N. Sacche: _____ ☐ Plasma N. Sacche: _____

Hb di partenza

EMOCROMO DI CONTROLLO

NUMERO CAMERA PAZIENTE: _____

	Data	Hb	firma	Firma trasf	Hb	firma	Firma trasf
	1°				5°		
	2°				6°		
	3°				7°		
	4°				D.C.		

Rx Post operatorio

Eseguito il _____ Fotocopiato il _____ Refertato il _____

Tampone SARS -COV-2 Pre Dimissione

Eseguito il _____ Esito _____ Refertato il _____

Centro fisioterapico per la riabilitazione

Data di trasferimento _____ Ora _____

Mezzo di trasferimento: ☐ Ambulanza ☐ Mezzo proprio

Procedure post operatorie

Data

Firma infermiere

- Esami ematici (mini routine)

☐ Prima medicazione Dottor☐ rimozione drenaggio _____

- ☐ calze anti TVP (vedi protocollo)

☐ rimozione catetere vescicale
diuresi spontanea ore: ____ q.tà: ____

- cure igieniche a letto

- ☐ controllo decubiti

☐ fkt attiva (fisioterapista), esecuzione protocollo mobilizzazione PT mattino

☐ mobilitazione per la cena, esecuzione protocollo mobilitazione PT pomeriggio

info@santannacasale.it

www.santannacasale.it

Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l. Viale Cavalli d'Olivola, 22 - 15033 - Casale M.to (AL) Tel 0142/334611 Fax 0142/75812

Documento di proprietà della Nuova Casa di Cura Sant'Anna srl - Clinica Privata Accreditata.

È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.