

Solicitud de Pruebas Complementarias Preanestésicas

Unidad de Preoperatorio
Sabino Arana, 5-19
Consultas Externas, planta -1 consulta 1.3
08028 Barcelona
Tel. 93 227 47 40

Ruego practiquen al Sr./a:

que será sometido a una intervención/prueba de:

el próximo día:

con fecha de ingreso:

las pruebas complementarias que se indican. Dr.

Nº colegiado:

Firma:

NIVEL DEL PREANESTÉSICO ⁽¹⁾

<input type="checkbox"/> ASA I < 40a	Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> ASA I > 40a	ECG Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾
<input type="checkbox"/> ASA I > 45a	ECG Rx torax Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> ASA II < 45a	ECG Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾ Glucemia, creatinina, urea, ionograma (Na ⁺ , K ⁺)
<input type="checkbox"/> ASA II > 45a ASA I > 50a	ECG Rx torax Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾ Glucemia, creatinina, urea, ionograma (Na ⁺ , K ⁺)	<input type="checkbox"/> ASA IV	ECG Rx torax Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾ Glucemia, creatinina, urea, ionograma (Na ⁺ , K ⁺) Gasometría arterial GOT, GPT, γ-GT Proteínas / Albumina
<input type="checkbox"/> ASA III	ECG Rx torax Pruebas de coagulación (TTPA y Quick) Hemograma ⁽²⁾ Glucemia, creatinina, urea, ionograma (Na ⁺ , K ⁺) Gasometría arterial		
<input type="checkbox"/> Otras pruebas diagnósticas. Indicar:	_____		
<input type="checkbox"/> Reserva de sangre			

(1) Según protocolo EVAS/21 de CMT

(2) Hemograma incluye serie blanca, serie roja y plaquetas

Secretaría Unidad de Valoración Preanestésica

Próxima cita:

Etiqueta

Pruebas Diagnóstico por la imagen. Planta 1 Edificio Hospital

Pruebas Laboratorio. Planta 1 Edificio Consultas

El paciente debe aportar todos los informes de las pruebas realizadas en su próxima visita en la Unidad de Valoración Preanestésica