

ANEXO

Valoración preanestésica Procedimiento Endoscópico

Paciente

Motivo de la exploración:

Procedimiento a realizar:

Fecha de exploración:

Edad:

Peso:

Talla:

ASA:

MEDICACIÓN ACTUAL:

ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN:

ALERGIAS:

Tabaquismo:

Drogas:

Alcohol:

EXPLORACIÓN VÍA AÉREA:

•MALLAMPATI: I II III IV

•Cuello corto: SI NO

•Apertura bucal: Buena Reducida

•Prótesis dental: SI NO

PATOLOGÍA PREVIA:

RESPIRATORIA:

EPOC

Asma

SAOS

RENAL:

IRC

Hemodiálisis

ENDOCRINAS:

Diabetes I

Diabetes II

Obesidad

CARDIOVASCULAR:

HTA

Arritmia

C. Isquémica

IAM

Ángor

Portador STENT

I. Cardíaca

MCP

Valvulopatía

Prótesis valvular

DIGESTIVO:

Úlcus

Hepatopatía

NEUROLÓGICA:

ACVA

TCE

Parkinson

Epilepsia

☐ Se informa y entrega Consentimiento informado

☐ Firma Consentimiento informado

Importante: Ayunas y acompañamiento