

HOJA DE CIRCULANTE C.O.T.

NOTRE DAME DE LA SANTE D'SCHANG

Nombre paciente : **H.C:**.....**Habitación:**

Alergias.....

Tipo de intervención: Urgente.....Programada.....

Diagnostico preoperatorio:

Diagnostico postoperatorio:

Hora entrada:**Hora salida:**

Hora inicio cirugía: **Hora fin cirugía:**

ISQUEMIA: SI , NO. Duración:**MONITORIZACION**.....

BISTURI ELECTRICO.....**COLOCACION PLACA**...**LATERALIDAD**.....

Cirujano: **Cirujano ayudante:**

Anestesiólogo: **Instrumentista:**

Circulante:

Tipo Anestesia.....**Vías periféricas**.....**Vía central** SI, NO

SANGRE: SI ☐ NO ☐ **Tipo:** **Sondaje vesical:** S ☐ NO ☐

HEMODERIVADOS.....

CONTAJE: Gasas: Compresas: Completo : SI ☐ NO ☐

Drenajes:.....

Instrumental:

.....

.....

Implantes:

.....(Sin pegatinas, detallar los mismos).....

.....(Con pegatinas, pegar al dorso).....

.....

FUNGIBLE:

Suturas.....**Grapadora**.....**Apositos**.....

Vendas: Small.....Medium.....Large.....**Velband:** S...M.....L....**Tensoplast**.....

Yesos: S.....M.....L.....**Vendaje Crepe:** S....M...L.....**Compresas**.....**Gasas**.....

Bisturi electrico.....**placa bisturi**.....**hojas bisturi**.....**Guantes**.....

Otros:.....

Fecha.....

FDO.....

BORRADOR