

 ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Direzione Sanitaria Scheda Protesi	Mod. 0428	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>protesica</i>	
		Rev. 03	del 22/03/2021

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		
☐ mobilizzazione per la cena, esecuzione protocollo mobilizzazione PT pomeriggio		

informazioni@ccbra.it	www.ccbra.it
Casa di Cura Privata "Città di Bra" Via Montenero 1 - 12042 Bra (Cn) Tel. 0172.472400 Fax 0172.44542 Documento di proprietà della Casa di Cura "Città di Bra" - Clinica Privata Accreditata. È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta.	