 <b>SCHEDA DI SEDAZIONE</b>											<b>DATA</b>	
<input type="checkbox"/> SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA ED EPATOLOGIA PEDIATRICA - DAY HOSPITAL <input type="checkbox"/> SERVIZIO DI .....												
<b>DATI PZ E TIME OUT</b>	Nome			Cognome				SESSO		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
	Data di nascita			G	G	M	M	A	A	PESO		Kg
	Tipo di procedura			<input type="checkbox"/> <b>SEDAZIONE MODERATA</b> <input type="checkbox"/> <b>SEDAZIONE PROFONDA</b>								
	Consenso informato ottenuto										SI	NO
	Paziente identificato										SI	NO
	Sito corretto/marcatura, se applicabile/corretta procedura										SI	NO
Attrezzatura specifica disponibile										SI	NO	
Firma (time out effettuato)										ora		
<b>ANAMNESI</b>	Malattia grave con possibile compromissione di fegato, rene o polmone										SI	NO
	Assunzione di farmaci anti-epilettici o attivi sul sistema nervoso centrale										SI	NO
	Specificare:											
	Storia di epilessia/convulsioni			SI	NO	Allergie farmacologiche/precedenti incidenti anestesiolgici					SI	NO
	Allergia nota alle proteine dell'uovo o alla soia-tipo reazione:										SI	NO
	Vomito nelle ultime 24 ore										SI	NO
	Rischio ostruzione vie aeree (tosse imp./ostruzione nasale imp./russamento notturno/ipertrofia adenotonsillare nota)										SI	NO
Altro (specificare)										SI	NO	
<b>E.O.</b>	Macroglossia		SI	NO	Micrognazia		SI	NO				
	Ipertrofia tonsillare		SI	NO	Malformazione vie aeree (specificare):		SI	NO				
	Obiettività toracica											
	Obiettività cardiaca											
	Rischio ostruzione vie aeree (tosse imp./ostruzione nasale imp./russamento notturno/ipertrofia adenotonsillare nota)										SI	NO
	Parametri vitali di base		<b>FC/FR</b>						<b>Bpm</b>			
		<b>P.A. (min/max)</b>						<b>mmHg</b>				
		<b>SaO<sub>2</sub></b>						<b>%</b>				
<b>ASA<sup>1</sup></b>		<b>1</b>			<b>2</b>			<b>3</b>				
<b>SEDAZIONE</b>	<b>FARMACI</b> (riportare sul Foglio Unico di Terapia i farmaci prescritti)		<input type="checkbox"/> <b>ATROPINA</b>		mg/kg/dose	Calcoli		tot mg				
			<input type="checkbox"/> <b>MIDAZOLAM</b>		mg/kg/dose	Calcoli		tot mg				
			<input type="checkbox"/> <b>PROPOFOL</b>		mg/kg/dose	Calcoli		tot mg				
			<input type="checkbox"/> <b>CLORALIO IDRATO</b>		mg/kg/dose	Calcoli		tot mg				
			<input type="checkbox"/>		mg/kg/dose	Calcoli		tot mg				
	<b>INIZIO SEDAZIONE</b>		<b>ORA</b>		H	H	M	M				
	<b>FINE PROCEDURA</b>		<b>ORA</b>		H	H	M	M				
<b>DOLORE ALL'INFUSIONE</b>		1 nessun movimento/ no pianto/no lamento			2 minimo movimento / pianto/ lamento		3 movimenti/ pianto/ lamenti importanti					
<b>RELATIVE ADEQUACY SCALE (RAS) SQUIRES RH ET AL., GASTROINTEST ENDOSC, 1995, 41:99</b>												
<b>EFFICACIA SEDAZIONE</b>	<b>LIVELLO DI SEDAZIONE</b>	1	Paziente addormentato durante la procedura									
		2	Paziente facilmente risvegliabile, ma collaborante									
		3	Paziente sveglio, che può essere riaddormentato mediante somministrazione di un addizionale bolo sedativo.									
		4	Paziente sveglio, non riaddormentabile mediante somministrazione di un addizionale bolo sedativo, ma collaborante.									
		5	Paziente sveglio, agitato, non risponde ad un addizionale bolo sedativo e necessita di assistenza per poter portare a termine									
		6	Paziente incapace di portare a termine la procedura nonostante l'addizionale bolo sedativo e l'assistenza di un'infermiera									
<b>PUNTEGGIO</b>		<b>PROCEDERE ALLA PROCEDURA SOLO SE IL PUNTEGGIO È &lt;6.</b>										

<sup>1</sup> Se ASA = 4 o 5, la procedura non può essere gestita da personale medico non anestesista

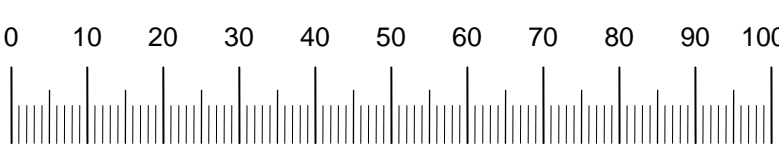
INTRA	FC	P.A.	/	SaO <sub>2</sub>
	FC	P.A.	/	SaO <sub>2</sub>
	FC	P.A.	/	SaO <sub>2</sub>
	FC	P.A.	/	SaO <sub>2</sub>
	FC	P.A.	/	SaO <sub>2</sub>
	FC	P.A.	/	SaO <sub>2</sub>

POST								
<b>STOP monitoraggio perché bambino completamente sveglio</b>				<b>ORA</b>	H	H	M	M

COMPLICANZE (anche tardive)	Complicanza				Intervento					
	Desaturazione	SaO <sub>2</sub>	%	FC		Ventilazione con maschera	SI	NO		
		H	H	M	M	Chiamata anestesista Dr .....	SI	NO		
						Altro				
	Laringospasmo/bro ncospasmo			SI	NO	Ventilazione con maschera	SI	NO		
		H	H	M	M	Chiamata anestesista Dr .....	SI	NO		
						Farmaci:				
	Ipotensione			SI	NO	Chiamata anestesista Dr .....	SI	NO		
		H	H	M	M	Farmaci:				
Altro										
Chiamata d'emergenza (rianimazione)					SI	NO	H	H	M	M
Note										

**Da 0 a 100 come ti sei svegliato? (giudizio dei genitori nei bambini in età prescolare)**

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Risveglio pessimo  Risveglio ottimo

**Se punteggio inferiore a 70, specificare i problemi al risvegli**

DISMISSIONE		SIES/SIGEP/ANOTE, 2001
DIMISSIBILITÀ	LIVELLO DI SEDAZIONE	<input type="checkbox"/> Paziente sveglio e orientato BAMBINI CON STATO MENTALE PRIMITIVAMENTE ALTERATO: il paziente è tornato allo stato mentale precedente l'indagine
		<input type="checkbox"/> Parametri vitali stabili e nei limiti accettabili
		<input type="checkbox"/> È passato un tempo $\geq 1$ ora dall'ultima somministrazione di agenti antagonisti (il paziente non è nuovamente sotto sedazione/analgesia alla fine dell'effetto del farmaco antagonista)
		<input type="checkbox"/> Il paziente è affidato ad un adulto responsabile, in grado di accompagnarlo a domicilio e di riferire ogni complicanza postprocedura
		<input type="checkbox"/> Al paziente/accompagnatori è stata consegnata documentazione scritta riguardante l'assunzione di alimenti, farmaci ed attività consentite dopo la procedura, nonché un numero di telefono a cui rivolgersi in caso di emergenza
<b>NOTE</b>		

FIRME	Firma del medico: _____
	Firma dell'infermiere (barrare, se non applicabile): _____
	Firma dell'anestesista, se presente: _____