

# **Brachioplasty SP Packet**

- **Patient copies of post-op instructions are on top of the packet.**
- **If more than one page, staple them together and place one patient label on the first page only.**
- **No need to hole punch patient copies of post-op instructions. Just place instructions inside the chart.**

**PELOSI MEDICAL CENTER**  
**BRAQUIOPLASTIA**  
**INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS**

---

**FUMAR**

- Si es fumadora deberá abstenerse de fumar durante las primeras seis (6) semanas después de la cirugía, esto evitará complicaciones respiratorias y mejorará la circulación en las áreas operadas.

**MEDICAMENTOS**

- Abstenerse de tomar aspirina y productos que contengan aspirina o agentes anti-inflamatorios no esteroideos durante no menos de las dos primeras semanas después de la cirugía.
- Se le recetará antibióticos. Tome los antibióticos que le recetará el Dr. Pelosi para reducir el riesgo de infección.
- Se le recetará medicamentos para el dolor. Deberá ir disminuyendo la toma de los medicamentos para el dolor para evitar las náuseas y el estreñimiento. No tome bebidas alcohólicas durante las primeras tres (3) semanas después de la operación, inclusive si no está tomando medicamentos para el dolor, pues ocasiona retención de líquidos.
- Para evitar el estreñimiento, el Dr. Pelosi sugiere que tome 100 miligramos dos veces al día de un ablandador de heces como Colace (disponible sin prescripción médica) desde el día de la cirugía hasta que se le mueva el estomago.

**DIETA**

- Evitar las bebidas alcohólicas hasta que el Dr. Pelosi indique lo contrario
- Tomar no menos de 4 vasos diarios de agua durante los 3 primeros días
- Se recomienda que la noche antes de la cirugía solo tome líquidos. Al día siguiente podrá comer una dieta blanda, como puré de papa, tallarines y huevos cocidos, etc. Luego y siempre que lo tolere, podrá consumir sus alimentos normales.

**ACTIVIDADES**

- Empiece a caminar lo antes posible, esto ayudará a reducir la hinchazón y a disminuir el riesgo de que se formen coágulos de sangre.
- Durante los primeros días se sentirá más cómoda con sus brazos ligeramente elevados, por lo que se recomienda que descance y duerma con sus brazos elevados apoyados en muchas almohadas.
- Durante dos semanas después de la cirugía no eleve sus brazos por encima del nivel de sus hombros. Sin embargo, si puede y es muy importante que eleve sus antebrazos al nivel del hombro. Si necesita alguna aclaración pregúntele al Dr. Pelosi o a su personal.
- Durante la primera semana no levante nada que pese más que una botella de leche de un galón. Durante las siguientes 5 semanas no levante nada que pese más de 9 kilos y después de 6 semanas puede reanudar sus actividades físicas, ejercicios y relaciones sexuales.
- No maneje hasta que el Dr. Pelosi lo autorice.

**CÓMO CUIDAR LA INCISIÓN**

- Puede retirar los vendajes y ducharse 48 horas después de la cirugía. Puede usar un jabón neutro y dejar que el agua caiga sobre la incisión.
- Mantenga las incisiones limpias y revíselas todos los días para ver si hay algún signo de infección.
- La incisión se levantará y formará una costra pero en dos meses se achatará por completo.
- Es normal un poco de drenaje de las incisiones durante las primeras semanas después de la cirugía. Es aconsejable dormir sobre una toalla los primeros días para que su ropa de cama no se manche por el drenaje normal de las incisiones.
- No se sumerja en una tina, piscina u otro cuerpo de agua hasta que el Dr. Pelosi lo autorice.
- No aplique sobre las incisiones ninguna loción para el cuerpo, cremas, vitamina E o cualquier otro tratamiento para la piel hasta que el Dr. Pelosi lo autorice.
- Evite exponer las cicatrices al sol durante no menos de 12 meses. Use siempre un bloqueador solar fuerte (SPF 45 o más) en caso de que no pueda evitar la exposición al sol.

**QUÉ ESPERAR**

- Habrá hinchazón y decoloración durante 2-3 semanas o más
- Puede haber entumecimiento y picazón alrededor de las incisiones
- Puede haber molestias posoperatorias y opresión durante las primeras 48-72 horas después de la cirugía, pero empezará a sentirse mejor después del tercer día posoperatorio. Los medicamentos recetados aliviarán el malestar.
- Las suturas utilizadas para una braquioplastia son absorbibles por lo que no tendrán que ser retiradas
- La hinchazón desaparecerá 6 semanas después de la cirugía.
- La cirugía deja cicatrices permanentes. Durante los primeros 3-6 meses podrá parecer que las cicatrices empeoran a medida que van sanando y se irán aclarando a partir de los 9-12 meses. Tenga presente que las cicatrices nunca desaparecerán por completo.

**PELOSI MEDICAL CENTER**  
**BRAQUIOPLASTIA**  
**INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS**

---

- Si bien no ocurre con frecuencia, puede ocurrir que las cicatrices se abulten. Pueden pasar semanas o meses para que usted vuelva a sentirse como antes. Estar en buen estado físico al momento de operarse es muy bueno para una recuperación rápida.

**CUÁNDO LLAMAR**

Llame al consultorio al **201-858-1800** en los siguientes casos:

- Aumento de la hinchazón, moretones y rojez alrededor de las incisiones después de unos días
- Aumento del dolor o dolor muy fuerte que no se alivia con los medicamentos
- Efectos secundarios a medicamentos como erupción cutánea, náuseas, dolor de cabeza, vómitos
- Temperatura oral mayor de 100.4°F o 38°C
- Cualquier drenaje amarillento o verdoso proveniente de las incisiones u olor fétido
- Sangrado proveniente de las incisiones que no se puede detener mediante una ligera presión
- Mareos
- Dificultad para respirar

Si el consultorio está cerrado, nuestro servicio de recepción de llamadas tomará su mensaje y ubicará al Dr. Pelosi quien le devolverá la llamada.

Los doctores Pelosi la recibirán en su consultorio al día siguiente de la cirugía para revisar las incisiones y confirmar que la cicatrización esté en proceso.

Reconozco que he recibido las instrucciones posoperatorias con su debida explicación.

---

Firma del paciente

---

Fecha

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON TVP

---

### ¿Qué es la trombosis venosa profunda (TVP)?

La TVP ocurre cuando se forma un coágulo de sangre en una de las venas grandes generalmente en las extremidades inferiores y bloquea la circulación parcial o totalmente. Puede tener complicaciones muy serias como una embolia pulmonar (EP) e incluso la muerte si no se diagnostica a tiempo y se trata efectivamente.

#### Factores de riesgo más comunes de la TVP:

- Cirugía mayor
- Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia respiratoria
- Movilidad restringida
- Lesión reciente
- Cáncer
- Obesidad
- Más de 40 años
- Cirugía reciente
- Fumar
- Historia familiar de trombo embolismo venoso (TEV)

#### Signos y síntomas de la TVP:

Aproximadamente la mitad de personas que sufren de TVP no tienen síntomas. Para las que sí tienen síntomas, estos son los más comunes y pueden presentarse en la parte afectada del cuerpo, por lo general en la pierna o la pantorrilla:

- Hinchazón no relacionada con la zona de la cirugía
- Dolor o sensibilidad no relacionados con la zona de la cirugía que se acentúa al estar de pie o al caminar
- Enrojecimiento de la piel
- Calor sobre el zona afectada

### ¿Qué es la embolia pulmonar (EP)?

La embolia pulmonar (EP) es una condición de la salud muy seria que se produce cuando un coágulo de sangre bloquea la arteria que lleva la sangre del corazón a los pulmones (la arteria pulmonar). El coágulo que se forma en una parte del cuerpo y viaja por el torrente sanguíneo se llama émbolo. La embolia pulmonar a menudo proviene de las venas profundas de la pierna y viaja a los pulmones a través de la circulación de la sangre.

#### Signos y síntomas de la EP

- Dificultad respiratoria
- El ritmo del corazón más rápido de lo normal
- Dolor en el pecho o malestar que normalmente empeora con la respiración profunda o la tos
- Toser y expectorar sangre
- Presión sanguínea muy baja, mareos o pérdida del conocimiento.

**\* Si usted tiene síntomas de Embolia Pulmonar busque atención médica de inmediato marcando el 911 para ser trasladado a la sala de emergencias más cercana.**

---

Firma del paciente

---

Fecha

## PELOSI MEDICAL CENTER

## OFFICE SURGERY CHECKLIST

Procedure (Pt 1) \_\_\_\_\_ Surgery Date/Time: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ am/pm

Procedure (Pt 2) \_\_\_\_\_ Surgery Date/Time: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ am/pm

Surgeon  MP2  MP3

#	Task	Date Completed	Initials	Comments																								
1	Consultation done	___/___/___	___	_____																								
2	Signed copy Cosm. Surgery Finan. Agreement given to pt.	___/___/___	___	_____																								
3	Blood work drawn. <b>Must be drawn within 7 days of date of surgery</b>	___/___/___	___	<b>Panel:</b> CBC, Comp. Met. Panel, PT/PTT, HIV Screening, Hepatitis B & C Screening Repeat PT/PTT if lab panel results in chart. Repeat Panel if date of lab panel results in chart is not within 7 days of scheduled procedure.																								
4	Lab results reviewed by Dr. Pelosi.	___/___/___	___	_____																								
5	Medical Clearance Needed? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	___/___/___	___	_____																								
6	Prescriptions given to patient.	___/___/___	___	<p>Pt instructions for all Rx's: <b>Do NOT take day of surgery</b></p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>__ Cephalexin</td> <td>500 mg PO</td> <td>BID x 8 days (#16)</td> <td>Begin day before surgery</td> </tr> <tr> <td>__ Doxycycline</td> <td>100 mg PO</td> <td>BID x 8 days (#16)</td> <td>Begin day before surgery</td> </tr> <tr> <td>__ Flexeril</td> <td>10 mg PO</td> <td>TID x 7 days (#21)</td> <td>2 refills</td> </tr> <tr> <td>__ Gabapentin</td> <td>600 mg PO</td> <td>TID x 10 days (#30)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>__ Naproxen</td> <td>500 mg PO</td> <td>BID x 15 days (#30)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>__ Zofran</td> <td>8 mg PO</td> <td>BID as needed (#10)</td> <td>As needed for nausea</td> </tr> </tbody> </table> <p>Physician Signature _____</p>	__ Cephalexin	500 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery	__ Doxycycline	100 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery	__ Flexeril	10 mg PO	TID x 7 days (#21)	2 refills	__ Gabapentin	600 mg PO	TID x 10 days (#30)		__ Naproxen	500 mg PO	BID x 15 days (#30)		__ Zofran	8 mg PO	BID as needed (#10)	As needed for nausea
__ Cephalexin	500 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery																									
__ Doxycycline	100 mg PO	BID x 8 days (#16)	Begin day before surgery																									
__ Flexeril	10 mg PO	TID x 7 days (#21)	2 refills																									
__ Gabapentin	600 mg PO	TID x 10 days (#30)																										
__ Naproxen	500 mg PO	BID x 15 days (#30)																										
__ Zofran	8 mg PO	BID as needed (#10)	As needed for nausea																									
7	Breast implants ordered Breast implants received	___/___/___ ___/___/___	___ ___	_____																								
8	Anesthesiologist scheduled	___/___/___	___	_____																								
9	Surgery date scheduled & confirmed with patient	___/___/___	___	_____																								
10	COVID PCR test performed within 6 days of surgery	___/___/___	___	_____																								
11	Pre-op call made to patient	___/___/___	___	<p>Med. Asst is responsible for calling patient the day before surgery to reinforce pre-op instructions &amp; answer questions. <b>Instruct patient to be NPO 8 hrs prior to scheduled procedure time and to bring in a list of current meds and doses.</b></p> <p>Allergies: _____ LMP: ___/___/___</p>																								
12	Lipo touch-ups: Pt advised to bring in old garment	___/___/___	___	_____																								
13	<b>Total Fee: \$</b> _____ Deposit Pd: \$ _____	___/___/___	___	_____																								
14	Balance Due: \$ _____ \$ _____ \$ _____	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___	___ ___ ___	_____																								

**PELOSI MEDICAL CENTER**  
**BRAQUIOPLASTIA**  
**INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS**

---

**FUMAR**

- Si es fumadora deberá abstenerse de fumar durante las primeras seis (6) semanas después de la cirugía, esto evitará complicaciones respiratorias y mejorará la circulación en las áreas operadas.

**MEDICAMENTOS**

- Abstenerse de tomar aspirina y productos que contengan aspirina o agentes anti-inflamatorios no esteroideos durante no menos de las dos primeras semanas después de la cirugía.
- Se le recetará antibióticos. Tome los antibióticos que le recetará el Dr. Pelosi para reducir el riesgo de infección.
- Se le recetará medicamentos para el dolor. Deberá ir disminuyendo la toma de los medicamentos para el dolor para evitar las náuseas y el estreñimiento. No tome bebidas alcohólicas durante las primeras tres (3) semanas después de la operación, inclusive si no está tomando medicamentos para el dolor, pues ocasiona retención de líquidos.
- Para evitar el estreñimiento, el Dr. Pelosi sugiere que tome 100 miligramos dos veces al día de un ablandador de heces como Colace (disponible sin prescripción médica) desde el día de la cirugía hasta que se le mueva el estomago.

**DIETA**

- Evitar las bebidas alcohólicas hasta que el Dr. Pelosi indique lo contrario
- Tomar no menos de 4 vasos diarios de agua durante los 3 primeros días
- Se recomienda que la noche antes de la cirugía solo tome líquidos. Al día siguiente podrá comer una dieta blanda, como puré de papa, tallarines y huevos cocidos, etc. Luego y siempre que lo tolere, podrá consumir sus alimentos normales.

**ACTIVIDADES**

- Empiece a caminar lo antes posible, esto ayudará a reducir la hinchazón y a disminuir el riesgo de que se formen coágulos de sangre.
- Durante los primeros días se sentirá más cómoda con sus brazos ligeramente elevados, por lo que se recomienda que descance y duerma con sus brazos elevados apoyados en muchas almohadas.
- Durante dos semanas después de la cirugía no eleve sus brazos por encima del nivel de sus hombros. Sin embargo, si puede y es muy importante que eleve sus antebrazos al nivel del hombro. Si necesita alguna aclaración pregúntele al Dr. Pelosi o a su personal.
- Durante la primera semana no levante nada que pese más que una botella de leche de un galón. Durante las siguientes 5 semanas no levante nada que pese más de 9 kilos y después de 6 semanas puede reanudar sus actividades físicas, ejercicios y relaciones sexuales.
- No maneje hasta que el Dr. Pelosi lo autorice.

**CÓMO CUIDAR LA INCISIÓN**

- Puede retirar los vendajes y ducharse 48 horas después de la cirugía. Puede usar un jabón neutro y dejar que el agua caiga sobre la incisión.
- Mantenga las incisiones limpias y revíselas todos los días para ver si hay algún signo de infección.
- La incisión se levantará y formará una costra pero en dos meses se achatará por completo.
- Es normal un poco de drenaje de las incisiones durante las primeras semanas después de la cirugía. Es aconsejable dormir sobre una toalla los primeros días para que su ropa de cama no se manche por el drenaje normal de las incisiones.
- No se sumerja en una tina, piscina u otro cuerpo de agua hasta que el Dr. Pelosi lo autorice.
- No aplique sobre las incisiones ninguna loción para el cuerpo, cremas, vitamina E o cualquier otro tratamiento para la piel hasta que el Dr. Pelosi lo autorice.
- Evite exponer las cicatrices al sol durante no menos de 12 meses. Use siempre un bloqueador solar fuerte (SPF 45 o más) en caso de que no pueda evitar la exposición al sol.

**QUÉ ESPERAR**

- Habrá hinchazón y decoloración durante 2-3 semanas o más
- Puede haber entumecimiento y picazón alrededor de las incisiones
- Puede haber molestias posoperatorias y opresión durante las primeras 48-72 horas después de la cirugía, pero empezará a sentirse mejor después del tercer día posoperatorio. Los medicamentos recetados aliviarán el malestar.
- Las suturas utilizadas para una braquioplastia son absorbibles por lo que no tendrán que ser retiradas
- La hinchazón desaparecerá 6 semanas después de la cirugía.
- La cirugía deja cicatrices permanentes. Durante los primeros 3-6 meses podrá parecer que las cicatrices empeoran a medida que van sanando y se irán aclarando a partir de los 9-12 meses. Tenga presente que las cicatrices nunca desaparecerán por completo.

**PELOSI MEDICAL CENTER**  
**BRAQUIOPLASTIA**  
**INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS**

---

- Si bien no ocurre con frecuencia, puede ocurrir que las cicatrices se abulten. Pueden pasar semanas o meses para que usted vuelva a sentirse como antes. Estar en buen estado físico al momento de operarse es muy bueno para una recuperación rápida.

**CUÁNDO LLAMAR**

Llame al consultorio al **201-858-1800** en los siguientes casos:

- Aumento de la hinchazón, moretones y rojez alrededor de las incisiones después de unos días
- Aumento del dolor o dolor muy fuerte que no se alivia con los medicamentos
- Efectos secundarios a medicamentos como erupción cutánea, náuseas, dolor de cabeza, vómitos
- Temperatura oral mayor de 100.4°F o 38°C
- Cualquier drenaje amarillento o verdoso proveniente de las incisiones u olor fétido
- Sangrado proveniente de las incisiones que no se puede detener mediante una ligera presión
- Mareos
- Dificultad para respirar

Si el consultorio está cerrado, nuestro servicio de recepción de llamadas tomará su mensaje y ubicará al Dr. Pelosi quien le devolverá la llamada.

Los doctores Pelosi la recibirán en su consultorio al día siguiente de la cirugía para revisar las incisiones y confirmar que la cicatrización esté en proceso.

Reconozco que he recibido las instrucciones posoperatorias con su debida explicación.

---

Firma del paciente

---

Fecha

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE CON TVP

---

### ¿Qué es la trombosis venosa profunda (TVP)?

La TVP ocurre cuando se forma un coágulo de sangre en una de las venas grandes generalmente en las extremidades inferiores y bloquea la circulación parcial o totalmente. Puede tener complicaciones muy serias como una embolia pulmonar (EP) e incluso la muerte si no se diagnostica a tiempo y se trata efectivamente.

#### Factores de riesgo más comunes de la TVP:

- Cirugía mayor
- Insuficiencia cardíaca congestiva o insuficiencia respiratoria
- Movilidad restringida
- Lesión reciente
- Cáncer
- Obesidad
- Más de 40 años
- Cirugía reciente
- Fumar
- Historia familiar de trombo embolismo venoso (TEV)

#### Signos y síntomas de la TVP:

Aproximadamente la mitad de personas que sufren de TVP no tienen síntomas. Para las que sí tienen síntomas, estos son los más comunes y pueden presentarse en la parte afectada del cuerpo, por lo general en la pierna o la pantorrilla:

- Hinchazón no relacionada con la zona de la cirugía
- Dolor o sensibilidad no relacionados con la zona de la cirugía que se acentúa al estar de pie o al caminar
- Enrojecimiento de la piel
- Calor sobre el zona afectada

### ¿Qué es la embolia pulmonar (EP)?

La embolia pulmonar (EP) es una condición de la salud muy seria que se produce cuando un coágulo de sangre bloquea la arteria que lleva la sangre del corazón a los pulmones (la arteria pulmonar). El coágulo que se forma en una parte del cuerpo y viaja por el torrente sanguíneo se llama émbolo. La embolia pulmonar a menudo proviene de las venas profundas de la pierna y viaja a los pulmones a través de la circulación de la sangre.

#### Signos y síntomas de la EP

- Dificultad respiratoria
- El ritmo del corazón más rápido de lo normal
- Dolor en el pecho o malestar que normalmente empeora con la respiración profunda o la tos
- Toser y expectorar sangre
- Presión sanguínea muy baja, mareos o pérdida del conocimiento.

**\* Si usted tiene síntomas de Embolia Pulmonar busque atención médica de inmediato marcando el 911 para ser trasladado a la sala de emergencias más cercana.**

---

Firma del paciente

---

Fecha



**Historia De Medicación/  
Resumen de Alta**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MR # \_\_\_\_\_

Dirección de Paciente: \_\_\_\_\_

ALERGIAS (Medicamentos, Materiales, Alimentos o Factores Ambientales)	
<input type="checkbox"/> No tiene alergias/sensibilidades ni otras reacciones a medicamentos, materiales, alimentos o factores ambientales	
Alérgeno	Reacción

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS						Indicaciones del CIRUJANO:		
Lista de medicamentos: OTC, Hierbas, Vitaminas y Suplementos	DOSIS (concentración)	¿Cómo se toma?	FRECUENCIA (Cuando se toma)	ÚLTIMA TOMA	CONTINUAR			
					SI	SUSPENDER	NO	
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Historial de Medicación Verificada por RN/MA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si una medicación se pone en espera o suspender, Cirujano para indicar seguimiento instrucciones pacientes continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>ADEMÁS DE PRESCRIPCIÓN QUE SE INDICA ABAJO LOS MEDICAMENTOS INDICADOS ARRIBA SE CONTINUARÁN TOMANDO EN CASA SALVO QUE EL CIRUJANO INDIQUE QUE SE DESCONTINÚEN O SUSPENDAN CON UNA MARCA EN LA COLUMNA DE ARRIBA</b>	
<b>FIRMA DEL CIRUJANO QUE HA REVISADO LOS MEDICAMENTOS (obligatorio)</b>	<b>FECHA:</b>

INSTRUCCIONES ENTREGADAS AL PACIENTE AL MOMENTO DEL ALTA					
Mark with "x"	Medicamento	Dosis	Vía	Frecuencia	Motivo para el medicamento
_____	Cephalexin	500 mg	Oral	2 veces al día	Antibiotico
_____	Cyclobenzaprine	10 mg	Oral	3 veces al día	Según sea necesario, para dolor muscular
_____	Doxycycline	100 mg	Oral	2 veces al día	Antibiotico
_____	Gabapentin	600 mg	Oral	3 veces al día	Según sea necesario, para dolor
_____	Naproxen	500 mg	Oral	2 veces al día	Según sea necesario, para dolor
_____	Ondansetron	8 mg	Oral	2 veces al día	Según sea necesario, para nausea
_____					

Procedimiento(s) Realizados: \_\_\_\_\_

**Medications administered during this visit:**  Ceftriaxone  Cephalexin  Clindamycin  Diazepam  Diphenhydramine  Diprivan  Doxycycline  Epinephrine  Fentanyl  Glycopyrrolate  Lidocaine  Metoclopramide  Midazolam  Ondansetron  Oxycodone  Sodium Bicarbonate  Tranexamic Acid  Other \_\_\_\_\_

Información proporcionada al:  Paciente \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_  
(firma) (nombre de la persona)

Médico que autoriza el alta/Firma RN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PELOSI MEDICAL CENTER

OFFICE SURGERY PRE-OP HISTORY & PHYSICAL EXAM

CHIEF CONCERN / REQUEST:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERTINENT PAST MEDICAL & SURGICAL HISTORY AND REVIEW OF SYSTEMS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PHYSICAL EXAMINATION:

Height \_\_\_\_ Weight \_\_\_\_ lbs Pre-op Exam Vital Signs: BP \_\_\_\_ T \_\_\_\_ HR \_\_\_\_ RESP \_\_\_\_

WNL	ABN		COMMENTS
D	D	General appearance	
D	D	Mental Status	
D	D	Neurological	
D	D	Cardiovascular	
D	D	Lungs	
D	D	Abdomen	
D	D	Genitourinary	
D	D	Liver	
D	D	Extremities	
D	D	Integument	
D	D	Other	

CURRENT MEDICATION	DOSAGE

CURRENT MEDICATION	DOSAGE

ALLERGIES/SENSITIVITIES			
<input type="checkbox"/> No known allergies/sensitivities and other reactions to drugs, materials, food, or environmental factors			
Allergen/Sensitivity	Type of Reaction	Allergen/Sensitivity	Type of Reaction

Adverse Reactions to Drugs:  No  Yes \_\_\_\_\_

PROVISIONAL DIAGNOSIS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LETTER OF MEDICAL CLEARANCE NEEDED? \_\_\_\_ YES \_\_\_\_ NO

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pelosi Medical Center  
**VTE RISK FACTOR ASSESSMENT**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Age: \_\_\_\_\_      Wt (lbs): \_\_\_\_\_      BMI: \_\_\_\_\_  
 Sex: \_\_\_\_\_      Ht (in): \_\_\_\_\_

**CHOOSE ALL THAT APPLY**

**Add 1 Point for Each Risk Factor**

Age 41-60 years  
 Minor surgery (< 45 min) planned  
 Past major surgery within last month  
 Visible varicose veins  
 History of inflammatory bowel disease  
 Swollen legs (current)  
 Overweight or obese (BMI > 30)  
 Serious infection (< 1 month)  
 Lung disease (e.g., emphysema, COPD)  
 Heart attack  
 Congestive heart failure  
 Other risk factors \_\_\_\_\_

*For Women Only:*  
**Add 1 Point for Each Risk Factor**

Current use of oral contraceptives or hormone replacement therapy  
 Pregnancy or postpartum within last month  
 History of unexplained stillborn infant, recurrent spontaneous abortion (> 3), premature birth with toxemia or growth-restricted infant

**Add 5 Points Each Risk Factor that applies now or within the past month**

Elective hip or knee joint replacement surgery  
 Broken hip, pelvis, or leg  
 Serious trauma e.g., multiple broken bones due to a fall or car accident  
 Spinal cord injury resulting in paralysis  
 Experienced a stroke

**Add 2 Points for Each Risk Factor**

Age 61-74 years  
 Planned major surgery (> 45 minutes)  
 Previous malignancy (excl skin cancer, but not melanoma)  
 Central venous access within last month  
 Non-removable plaster cast that kept pt from moving leg within last month  
 Confined to a bed for 72 hrs or more

**Add 3 Points for Each Risk Factor**

Age 75 years or over  
 History of blood clots – either DVT or PE  
 Family history of blood clots (thrombosis)  
 Personal or family history of positive blood test indicating increased risk of blood clotting

**TOTAL RISK FACTOR SCORE** \_\_\_\_\_

Score	Risk Level	Prophylaxis for Surgical Patients
0-2	Low	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Early ambulation</li> </ul>
3-8	Increasing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apply antiembolism stockings and intermittent pneumatic compression device</li> <li>• Flex patient's knees to approximately 5° by placing a pillow underneath them</li> <li>• Stage multiple procedures</li> <li>• Provide patient with DTV Patient Information Sheet</li> <li>• Instruct patients who are taking oral contraceptives or hormone replacement therapy to discontinue taking these medications 1 week prior to surgery.</li> </ul>
> 8	18.3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Not a candidate for office-based surgery</li> </ul>

PELOSI MEDICAL CENTER

**PHYSICIAN PERIOPERATIVE ORDERS**

**PRE-OPERATIVE**

Enter 'x' next to medication & circle prescribing dose

<input type="checkbox"/> DiphenHYDRAMINE	25 / 50 mg PO x 1	<input type="checkbox"/> CefTRIAxone	1 gm (< 79 kg) 2 gm (≥ 79 kg) 3 gm (≥ 120 kg) IV Piggyback x 1
<input type="checkbox"/> Diazepam	10 / 20 mg PO x 1	<input type="checkbox"/> Clindamycin	600 mg (< 70 kg) 900 mg (≥ 70 kg) IV Piggyback x 1
<input type="checkbox"/> FentaNYL	50 / 75 / 100 mcg IM x 1	<input type="checkbox"/> Cephalexin	500 / 1000 mg PO x 1
<input type="checkbox"/> Midazolam	2 / 4 / 6 / 8 mg IM x 1	<input type="checkbox"/> Doxycycline	100 / 200 mg PO x 1
<input type="checkbox"/> OxyCODONE	5/325 / 10/650 mg PO x 1		

- Apply ECG, NIBP, & Pulse Oximeter monitors during procedure
- Urine pregnancy test (n/a if female > 55 yrs old or if post-hysterectomy)
- Apply Norm-o-temp heating pad. Set temperature to \_\_\_\_\_ ° F (no greater than 104° F)

Additional pre-operative orders: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INTRA-OPERATIVE**

Tumescent Anesthetic Solution - Use 1000ml bags of 0.9% NaCl

Bag #	Lidocaine (mg)	Epinephrine (mg)	Sodium Bicarbonate 8.4% (ml)	Tranexamic Acid (mg)	Bag #	Lidocaine (mg)	Epinephrine (mg)	Sodium Bicarbonate 8.4% (ml)
1			10		6			10
2			10		7			10
3			10		8			10
4			10		9			10
5			10		10			10

Apply thromboembolic stockings and Intermittent Pneumatic Compression Device set at **40mm Hg**

Additional intra-operative orders: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**POST-OPERATIVE**

- Discontinue IV when discharge criteria are met
- Remove Foley catheter

Additional post-operative orders: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**ADDITIONAL ORDERS:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE/TIME: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

## Pelosi Medical Center

### CONSENTIMIENTO BRAQUIOPLASTIA

---

Autorizo al Dr. Pelosi a realizar la cirugía de braquioplastia ("levantamiento de brazos", "reducción de brazos") con o sin liposucción tumescente de los brazos. La cirugía puede incluir exclusivamente los brazos superiores o puede extenderse a la región axilar y a la zona que se extiende desde la axila hasta el área lateral de los senos.

#### INTRODUCCIÓN

La braquioplastia es un procedimiento quirúrgico que consiste en remover el exceso de piel y el tejido graso de la parte superior e inferior de las axilas y de los brazos. No es un procedimiento quirúrgico para reducir el sobrepeso; por lo tanto las personas obesas que desean perder peso deben posponer cualquier forma de cirugía de mejoramiento del contorno corporal hasta alcanzar el peso deseado y mantenerlo.

#### TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Algunos procedimientos alternativos consisten en no tratar las áreas donde la piel está suelta y hay depósitos grasos. La lipectomía asistida por succión puede ser una cirugía alternativa a la braquioplastia cuando la piel tiene una buena tonicidad y la grasa abdominal está localizada en una persona de peso normal. Los programas de dieta y ejercicio pueden beneficiar a reducir en general el exceso de grasa corporal. Riesgos y complicaciones potenciales están relacionados con formas alternativas de tratamientos que involucran una cirugía.

#### RIESGOS DE UNA BRAQUIOPLASTIA

Todo procedimiento quirúrgico supone un riesgo y es importante que usted sepa y entienda los riesgos que conlleva una braquioplastia. La persona que desea que se le realice una cirugía toma su decisión haciendo una comparación del riesgo y del beneficio que esta supone. Aunque la mayoría de los pacientes no sufren ninguna de las complicaciones que se detallan a continuación, es importante que usted converse con el Dr. Pelosi sobre cada una de ellas y se asegure de comprender todas las posibles consecuencias que involucra una braquioplastia.

**Sangrado:** es poco probable que se produzca sangrado durante o después de la cirugía; sin embargo, si ocurriera podría necesitarse un tratamiento de emergencia para drenar la sangre acumulada o una transfusión de sangre. No tome aspirina ni cualquier otro antiinflamatorio durante 10 días antes de la cirugía ya que esto aumentará el riesgo de sangrar.

**Infección:** las posibilidades de una infección son muy pocas; sin embargo, de darse el caso podría necesitarse un tratamiento a base de antibióticos o una nueva cirugía.

**Cambio en la sensibilidad de la piel:** disminución o pérdida de la sensibilidad en parte del brazo y del antebrazo que podría no revertirse completamente después de una braquioplastia.

**Irregularidades y depresiones en el contorno de la piel:** arrugas visibles y palpables.

**Cicatrices:** no es común que queden cicatrices poco atractivas y de un color distinto al de la piel circundante; sin embargo, de ser así sería necesario un tratamiento adicional que podría incluir una cirugía para tratar la cicatrización anormal.

**Anestesia quirúrgica:** tanto la anestesia local como la general involucran riesgo. Cualquier tipo de anestesia quirúrgica o sedación implica complicación, daño o muerte.

**Asimetría:** la apariencia corporal asimétrica es una posibilidad y dependerá de factores como la tonicidad de la piel, los depósitos de grasa, las estructuras sobresalientes de los huesos y la tonicidad muscular.

**Cicatrización lenta:** puede ser que el proceso de curación y cicatrización se retrase o se interrumpa debido que algunas partes de la zona tratada no sanen debidamente o algunos tejido de la piel mueran. De darse el caso, sería necesario cambiar los vendajes con frecuencia o una cirugía adicional para remover el tejido que no ha cicatrizado.

Las personas que fuman tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones como la muerte de tejido y cicatrización de las heridas.

**Reacciones alérgicas:** solo en casos muy raros se ha reportado alergia al esparadrapo, material de sutura y preparaciones tópicas. Hay casos más serios como las reacciones sistémicas a los fármacos que se usan durante la cirugía y a las medicinas prescritas. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

**Trombosis venosa profunda:** la formación de coágulos de sangre en las venas profundas es una complicación potencial en cualquier cirugía. En caso de diagnosticarse una trombosis venosa profunda se requerirá de una terapia de corto y posiblemente largo plazo

## Pelosi Medical Center

### CONSENTIMIENTO BRAQUIOPLASTIA

---

con agentes para adelgazar la sangre.

**Complicaciones pulmonares:** además de los coágulos de sangre (embolia pulmonar) o el colapso parcial de los pulmones, la anestesia general puede ocasionar complicaciones pulmonares. En cualquiera de estos casos, el paciente requerirá ser hospitalizado para recibir tratamiento adicional. La embolia pulmonar es por lo general muy grave y en algunos casos mortal.

**Seroma:** en muy pocos casos se producen acumulaciones de fluido entre la piel y los tejidos del brazo que hacen necesario realizar un procedimiento adicional para drenar el fluido.

**Efectos de largo plazo:** con el paso del tiempo se producirán alteraciones en el contorno debido a factores como embarazo, envejecimiento, ganar o perder peso, entre otros, que no están relacionados con la braquioplastia.

**Linfedema:** interrupción del sistema linfático que causa inflamación temporal de los brazos y las manos que en muy pocos casos puede volverse permanente. El uso de prendas de compresión y fisioterapia sirve para tratar y aliviar esta condición

**Dolor:** aunque bastante improbable, podría haber dolor crónico como consecuencia de algunos nervios atrapados en el tejido cicatricial después de la braquioplastia.

**Daño al nervio:** es una posibilidad en cualquier clase de cirugía

**Cambio de peso:** pérdida o aumento peso significativo después de la braquioplastia puede afectar negativamente el resultado estético de este procedimiento.

**Otros:** decepción por los resultados de la cirugía es una posibilidad; sin embargo, solo en muy pocos casos es necesario realizar una nueva cirugía para mejorar los resultados.

#### NECESIDAD DE UNA CIRUGÍA ADICIONAL

Si ocurrieran complicaciones será necesario practicar otra cirugía o tratamiento. Aunque los riesgos y las complicaciones no son frecuentes todos los mencionados previamente están relacionados con una braquioplastia y podría haber otros pero la posibilidad que ocurran es mínima. La práctica de la medicina no es una ciencia exacta y aunque siempre se espera buenos resultados no existe garantía expresa ni implícita que sea así.

#### RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

El costo de la cirugía incluye varios cargos por los servicios prestados. El total incluye los honorarios del Dr. Pelosi, el costo de los suministros quirúrgicos y la anestesia. Dependiendo de la cobertura de su seguro, usted será responsables de los co-pagos, deducibles y otros cargos no cubiertos. Podría haber costos adicionales en caso de complicaciones durante la cirugía, en cuyo caso los costos de una cirugía adicional o un día de hospital también serán asumidos por usted.

#### EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los documentos del consentimiento informado sirven para brindarle información sobre el tratamiento quirúrgico propuesto para el tratamiento de una dolencia o condición junto con todos los riesgos, complicaciones y otra (s) forma (s) alternativas (s) de tratamiento (s). El proceso del consentimiento informado busca definir los principios de la divulgación de los riesgos que por lo general debe satisfacer las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias.

Sin embargo, los documentos del consentimiento informado no deben ser considerados como absolutos para definir otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. El Dr. Pelosi puede proporcionarle información adicional o diferente basada en los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos del consentimiento informado no pretenden definir o servir como el estándar del cuidado médico. Los estándares de cuidado médico se determinan sobre la base de todos los hechos implicados en cada caso individual y están sujetos a cambios conforme al avance del conocimiento científico y la tecnología y a la evolución de los patrones de práctica.

**Antes de firmar el presente consentimiento, es muy importante que usted haya leído cuidadosamente toda la información y que todas sus preguntas hayan sido debidamente contestadas.**

_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha	Firma del cirujano	Fecha

**LIPOSUCCIÓN & TRANSFERENCIA DE GRASA AUTÓLOGA**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Birthdate \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

ALTURA \_\_\_\_ft \_\_\_\_in. PESO:\_\_\_\_\_lbs

Mediante el presente autorizo Dr. Pelosi y a sus cirujanos asociados, a practicar una liposucción tumescente y (de ser requerido y razonable) una transferencia de grasa autóloga (TGA) mediante anestesia local tumescente, sedación o anestesia general, en la(s) siguiente(s) zona(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que en caso de subir excesivamente de peso desde mis evaluaciones previas hasta el día de la cirugía el médico se reserva el derecho de cambiar las zonas a ser tratadas si eventualmente las zonas planificadas resultaran en una cirugía más extensa.

He leído el Folleto Informativo del Paciente que se me ha proporcionado y estoy de acuerdo en cumplir todas sus instrucciones. Asimismo, manifiesto haber tenido la oportunidad de consultar con el cirujano y asociados el material contenido en dicho folleto y haberlo entendido completamente.

Estoy de acuerdo en que permitiré que el cirujano, sus cirujanos asociados y el staff me tomen fotografías y graben un video, antes, durante y después de la operación. Las fotografías, videos, cintas e información computarizada serán de propiedad del cirujano y podrán utilizarse para fines de enseñanza, marketing, publicación o investigación científica. Estoy de acuerdo en que me someteré a los análisis de sangre de rutina pre-operatorios, incluyendo un análisis de HIV (SIDA). Estoy de acuerdo en que las muestras de sangre de laboratorio que se obtengan se usen para evaluar cantidad de solución anestésica que ha alcanzado la circulación y para medir la cantidad de sangre perdida durante la operación. Solicito que el tratamiento sea practicado con anestesia local y cualquier otro medicamento que el cirujano considere necesario. Si mi cirugía ha sido programada durante un curso de adiestramiento celebrado por los Drs. Marco A. Pelosi, estoy de acuerdo en que permitiré a los médicos que están asistiendo al curso que participen en mi operación bajo la supervisión directa de los Drs. Marco Pelosi.

La liposucción esta asociada a ciertos efectos secundarios predecibles, tales como, dolor, inflamación, hematomas, hinchazón, adormecimiento irregularidades menores de la piel, necrosis de la piel, y embolismo de grasa, que si bien son temporales, algunos pueden tardar muchos meses en resolverse. Sin embargo, las cicatrices, los cambios de pigmentación o las irregularidades que persisten por más de seis meses pueden como no resolverse mediante un segundo procedimiento. Una complicación de la liposucción, aunque rara, es la toxicidad por lidocaina que puede originar ataques de epilepsia, depresión respiratoria y efectos cardiacos y cuyo tratamiento puede requerir de hospitalización. Cualquier cirugía puede implicar riesgos más serios y problemas inesperados. Si bien son poco comunes, algunos ejemplos de esas complicaciones incluyen coágulos de sangre, hemorragia excesiva, cicatrización, seroma (acumulación temporal de fluido debajo de la piel) daño a los tejidos, el uso de injertos de piel, alergia o reacción tóxica a algunos medicamentos y muerte.

La TGA también está asociada a efectos secundarios similares a los de la cirugía de liposucción, así como a riesgos de infección, necrosis del tejido graso e irregularidades del contorno de la piel. Existe también la tendencia que el volumen de la grasa inyectada se reduzca de un tercio a la mitad durante los tres meses siguientes a la operación.

Transferencia de grasa a los senos: La TGA se utiliza para mejorar la apariencia de las cicatrices los senos después del tratamiento del cáncer, para mejorar la apariencia de deformidades de los senos y para agrandar los pechos con fines cosméticos. Con respect a la detección del cáncer de mama, dado que la grasa transferida puede volverse firme y causar grumos quistes o calcificaciones benignas su medico, es algunas ocasiones necesitara estudios radiológicos (mamografía, ultrasonido o resonancia magnética que pueden o no estar cubiertos por su seguro de salud) para asegurarse de que estos bultos, quistes or calcificaciones no se deben a cáncer. También es posible que la firmeza de los senos (situación similar con implantes mamarios, mamoplastias, o mastopexias) puede hacer más difícil para su médico el examinar los senos. También es posible que una biopsia puede ser necesaria si hay preocupación acerca de cualquier hallazgo anormal en sus senos. Sin embargo a literatura medica actual demuestra que, no hay razón para creer que los procedimientos de TGA pueden causar cáncer de mama.

El cirujano, y/o sus cirujanos asociados, y/o el staff, me han explicado la naturaleza, el propósito, los posibles métodos alternativos de tratamiento, los riesgos implicados y las posibles complicaciones vinculadas a la cirugía de liposucción. Reconozco que no se me ha proporcionado ninguna garantía en cuanto los resultados, salvo el hecho que una mejora de un cincuenta (50) por ciento es lo usual. Sé que la liposucción no debe hacerse a una mujer embarazada y no tengo razones para sospechar que podría estarlo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente      Fecha      Firma del Testigo      Fecha      Firma del Cirujano      Fecha

Pelosi Medical Center

**CERTIFICACIÓN DE TABAQUISMO**

Todos los procedimientos de cirugía estética se realizan para mejorar las formas y en algunos casos las funciones de algunas zonas de nuestro cuerpo. Nuestro objetivo como cirujanos plásticos es lograr una mejora con cicatrices mínimas. Lamentablemente, el tabaquismo y sus efectos secundarios afectan la cicatrización de heridas en una forma potencialmente devastadora. Le agradeceremos sea honesta(o) con nosotros respecto de su exposición al humo para que podamos cuidarla(o) y prevenir problemas y complicaciones con el procedimiento que le vamos a realizar.

Cualquier exposición al humo de forma directa o indirecta puede resultar en una mala cicatrización, una cicatrización retardada, un mayor riesgo de infección de la herida, pérdida de piel y de tejidos más profundos y todo ello debido a un menor suministro de sangre en esas zonas. La reducción del flujo sanguíneo de la piel de los bordes de la herida puede causar que la piel se rompa y se formen costras, lo que afectará negativamente la calidad y la naturaleza de la cicatriz (hay un mayor riesgo de cicatrices hipertróficas o queloides). Esto es cierto en cualquier tipo de procedimiento quirúrgico que requiera de incisiones (inclusive en el caso de eliminar lesiones de la piel y liposucción).

La siguiente es una lista parcial de los procedimientos estéticos y los efectos que fumar o ser fumador pasivo pueden tener en la cicatrización de heridas. No pretende ser una lista completa de todos los procedimientos o de todas las posibles complicaciones. Debido a estos problemas potenciales en fumadores se aconseja la interrupción inmediata de fumar por lo menos 4 semanas antes de las cirugías y abstinencia postoperatoria de por vida o por lo menos por 4-6 semanas.

**Implantes mamarios (Reconstrucción, Expansores de Tejido y Aumento):** Hay un mayor riesgo de retraso en la cicatrización de heridas, contractura capsular de infección del implante con posibilidad de extrusión.

**Reducción de senos y levantamiento de senos (mastopexia):** Puede haber retraso en la cicatrización de la herida dando lugar a cicatrización antiestética y pérdida de piel, así como una posible pérdida del pezón que requiere injerto de piel. En todos los casos las heridas de los pacientes que fuman o que están expuestos al humo no cicatrizan en un periodo de tiempo normal; la cicatrización puede durar de 3 a 4 meses.

**Estiramiento de la Frente:** Puede haber pérdida de pelo, mala cicatrización y cicatrices.

**Abdominoplastia:** Fumar o la exposición al humo disminuye la capacidad de la piel para sanar adecuadamente lo que da como resultado cicatrices antiestéticas, mayor riesgo de infección y pérdida de piel que a veces requiere de un injerto. Una lenta curación de las heridas (meses en lugar de semanas), la pérdida de la piel con la consiguiente formación de costras y la necesidad prolongada de cambiar los apósitos, así como el riesgo de infección (por lo general se requiere de antibióticos y, en ciertos casos de otra cirugía para drenar la infección) son todas las complicaciones que pueden ocurrir si usted fuma o es un fumador pasivo. Si usted ha dejado de fumar recientemente o no ha podido dejar de hacerlo del todo, debe conocer estos riesgos y aceptarlos si desea proceder con la cirugía.

**Liposucción y Transferencia de Grasa:** La posibilidad de complicaciones relacionadas a liposucción están aumentadas (dolor postoperatorio, inflamación, infección, moretones, hinchazón, falta de sensación en la piel, irregularidades de la piel, necrosis de la piel, embolismo de grasa, seroma, cicatriz, cambios de coloración de la piel, etc. Complicaciones asociadas con transferencia de grasa están aumentadas (infección, necrosis de grasa, irregularidades de la piel, y disminución en la retención de la grasa inyectada, etc)

**Iniciales del Paciente**

\_\_\_\_\_ He leído y entendido la Información del Paciente sobre Fumar y la Cirugía Estética y todas mis preguntas relacionadas con este formulario han sido respondidas a mi entera satisfacción por mi cirujano con anterioridad a mi operación el día de hoy.

**SI USTED NUNCA HA SIDO FUMADOR:**

\_\_\_\_\_ Declaro que no nunca he fumado.

**SI USTED HA FUMADO O FUMA ACTUALMENTE:**

\_\_\_\_\_ Declaro que (he dejado /no he dejado) \_\_\_\_\_ de fumar por lo menos cuatro (4) semanas antes de mi cirugía a realizarse el día de hoy.

\_\_\_\_\_ Mi cirujano me ha recomendado no fumar por lo menos seis (6) semanas después de mi cirugía de hoy y de preferencia dejar de hacerlo de manera permanente.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



PELOSI MEDICAL CENTER

**CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA**

**AL PACIENTE:** *Como paciente usted tiene derecho a que se le informe sobre su condición y la anestesia/analgesia recomendada para su procedimiento. Con esta información no se pretende alarmarla o atemorizarla; por el contrario, es nuestra intención que luego de conocer los riesgos y peligros de la anestesia /analgesia usted pueda tomar una decisión informada sobre su administración o no.*

Solicito de manera voluntaria que se me administre la anestesia (analgesia) que se indica líneas abajo. Entiendo que la anestesia me será administrada por un anestesista y/u otro médico, como quiera que sea necesario. El peri-operativo comprende el periodo antes, durante y después de la operación.

Entiendo que la anestesia /analgesia supone riesgos y peligros; sin embargo, solicito su administración para protegerme del dolor durante la cirugía o procedimiento programados o cualquier intervención adicional. Entiendo también que existe la posibilidad de un cambio de anestesia sin que se me comunique al respecto.

Entiendo que aunque no suele suceder, pueden presentarse complicaciones serias con los métodos de administración de la anestesia /analgesia, como problemas respiratorios y cardíacos, reacción a los fármacos, daño a los nervios, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis o muerte.

Adicionalmente a las complicaciones detalladas en el párrafo anterior, entiendo que otras complicaciones como las que se enumeran a continuación podrían ocurrir.

**\_\_\_\_\_ ANESTESIA LOCAL /ANALGESIA y/o ANESTESIA TUMESCENTE** – somnolencia o aletargamiento, reacciones alérgicas, náuseas y vómitos, nerviosismo o agitación, ansiedad, temor, euforia, confusión, mareos, visión doble o borrosa, contracción muscular generalizada, convulsiones, respiración lenta o insuficiente, bradicardia o ritmo cardíaco lento, vaso dilatación periférica, hipotensión o baja de la presión arterial, disminución de la contractibilidad del miocardio y disminución de la conducción cardíaca o impulsos eléctricos del corazón.

**\_\_\_\_\_ BLOQUEO POR ANESTESIA REGIONAL** – daño al nervio; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección; necesidad médica de cambiar a anestesia general; daño cerebral.

**\_\_\_\_\_ CUIDADO MONITOREADO DE LA ANESTESIA (MAC) O SEDACIÓN /ANALGESIA** – disfunción de la memoria /pérdida de la memoria; necesidad médica de administrar anestesia general; daño permanente de un órgano; daño cerebral y necesidad de ser trasladada a un hospital.

Observaciones /riesgos adicionales:

---



---

Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de los métodos de la anestesia /analgesia.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de la anestesia/analgesia, el procedimiento que se usará, los riesgos y peligros involucrados y las formas alternativas de anestesia /analgesia y considero que poseo la información suficiente que me permite firmar este consentimiento informado.

_____	____/____/____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
Firma del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha	Firma del cirujano	Fecha

PELOSI MEDICAL CENTER

**PREOPERATIVE CARE RECORD**

Immediate Preoperative Evaluation					
Procedure Date: ____/____/____		Driver's Name/Phone:			
Arrival Time: ____:____		Last time patient ate/drank: ____:____ <input type="checkbox"/> today <input type="checkbox"/> yesterday Describe intake:			
Pt ID verified: Yes / No		<b>Urine Pregnancy Test result</b> __ (neg.) __ (pos.) __ (n/a: age > 55 or hysterectomy)			
Vital Signs:	BP:	HR:	RR:	TEMP: ° F	Wt: lbs
Pre-Op Meds Taken:					
Pain Scale Score: ____ (0 – 10)					
If pain, onset ____/____/____. ____ AM/PM					
Location: _____					

Patient Medical/Surgical History					
Yes	No		Yes	No	
		Recent skin injuries			Sleep apnea
		Rash			Snoring
		MRSA (Methicillin-resistant staph aureus)			Positive HIV test
		Skin infection			Gastrointestinal problems
		Bleeding disorder			Liver problems
		Blood clots			Hepatitis
		Unusual reaction to anesthesia			Kidney problems
		Serious back or nerve injury			Diabetes
		Smoker: <input type="checkbox"/> Past <input type="checkbox"/> Current # packs/day ____			Hypoglycemia
		Chronic cough			Breast implants
		Lung problems			Glaucoma
		Heart problems			Drugs/Substance Use: _____
		Palpitations			_____
		Hypertension			_____
Past Surgeries/Comments: _____ _____					

Pre-op Documentation Present			Belongings/Valuables		
Yes	No		Yes	No	
		Completed History & Physical Exam			Hearing Aid
		Signed Informed Consent			Eyeglasses
		Lab Results (reviewed by physician)			Contact lenses
					Dental appliances
					Jewelry, cash, or other valuables
					If yes to above, Patient Valuables form (no. 063) completed

Preoperative Teaching		
Yes	No	
		Patient positioning during procedure
		Local anesthetic infiltration procedure
		Surgical procedure
		Pain control
		Other:

RN/Surgical Technician Signature: \_\_\_\_\_

## Pelosi Medical Center

## OPERATING ROOM RECORD

Date: ___/___/___	Time in OR: _____ :	Surg. Start: _____ :	Surg. End: _____ :
Surgeon:	Anesthesiologist:	Surgical Technician # 1:	RN:
Surgeon Assistant:		Surgical Technician # 2:	

IV:  NS  RL \_\_\_\_\_ ml bag started with \_\_\_ gauge catheter in \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_

## TUMESCENT ANESTHESIA

Bag #:	1	2	3	4	5	6	7	8	TOTALS
Normal Saline (0.9%)	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	
Sodium Bicarbonate	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	
Epinephrine (mg)									
Tranexamic Acid (mg)									
Lidocaine (mg)	(A)								
mls of bag infiltrated	(B)								
Initial mls in bag	(C)								
Lidocaine mg infiltrated	Ax(B/C)								

**ESU:** Ground Pad placed on \_\_\_\_\_ **Machine:**  Ellman  Covidien Cutting: \_\_\_\_\_ Coagulation: \_\_\_\_\_

2-Way 16 Fr Foley Catheter inserted pre-op:  Yes  No

**Skin Prep Used:**  Betadine Scrub  Betadine Solution  Hibiclens Solution

Pre-op Dx:

Post-op Dx:

Procedure(s) Performed:

**Counts:** **Sharps**  correct  incorrect **Instrument**  correct  incorrect  n/a  
**Sponge/Lap Pad**  correct  incorrect  n/a

**Surgical Checklist Completed:**  Signature: \_\_\_\_\_

Intraoperative Notes:

**Intake**

Total Volume IV Fluid Infused \_\_\_\_\_ ml

Total Tumescent Anesthetic Solution \_\_\_\_\_ ml

**Output**

Voided..... x \_\_\_\_\_

Foley Cath ..... \_\_\_\_\_ ml

Total Volume Aspirated \_\_\_\_\_ ml

- Total Infranatant Fluid \_\_\_\_\_ ml

Total Supranatant Fat \_\_\_\_\_ ml

Total Weight Supranatant Fat (*Total Supranatant Fat ÷ 480*) = \_\_\_\_\_ lb

Fat Transfer to \_\_\_\_\_ ml

Fat Transfer to \_\_\_\_\_ ml

Fat Transfer to \_\_\_\_\_ ml

Patient recovered in OR at \_\_\_\_\_ :

**PHYSICIAN SIGNATURE:** \_\_\_\_\_



PELOSI MEDICAL CENTER  
**ANESTHESIA RECORD**

Date:			Anesthesia Start:			Surgery Start:			Surgery End:			Anesthesia End:				
Surgery:						Surgeon:						Ht:		Wt:		
Time		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Diazepam (mg PO)																
Diphenhydramine (mg PO)																
Oxycodone (mg PO)																
Midazolam (mg IM / IV)																
Fentanyl (mcg IM / IV)																
Glycopyrrolate (mg IM / IV)																
Metoclopramide (mg IM / IV)																
Ondansetron (mg IM / IV)																
Propofol (mcg/kg/min IV)																
Oxygen (L/min)																
ECG																
O <sub>2</sub> Sat %																
ETCO <sub>2</sub>																
Temp																
Fluids																
<b>Pre-Sedation</b>		220														
BP:		200														
Pulse:		180														
RR:		160														
SaO <sub>2</sub> :		140														
<b>Monitors</b>		120														
<input type="checkbox"/> EKG		100														
<input type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>		80														
<input type="checkbox"/> SaO <sub>2</sub>		60														
<input type="checkbox"/> NIBP		40														
<input type="checkbox"/> TEMP		20														
<input type="checkbox"/> Other _____																
ET# _____																
LMA# _____																
↓ Systolic BP																
↑ Diastolic BP																
• Pulse																
O Respirations																
Anesthesia Notes/Complications:																
Antibiotic: _____ Gm IVPB at _____																
Patient Position: _____ <input type="checkbox"/> Pressure points checked and padded																
														IV Fluid _____ ml		
														EBL _____ ml		
														Urine _____ ml		
Signature: _____																

PELOSI MEDICAL CENTER

# POSTOPERATIVE CARE RECORD

Date:																		
Time	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Oxygen (L/min)																		
ECG																		
O <sub>2</sub> Sat %																		
ETCO <sub>2</sub>																		
Temp																		
Fluids																		
<b>Monitors</b>	220 --																	
	200 --																	
	180 --																	
	160 --																	
	140 --																	
	120 --																	
	100 --																	
	80 --																	
	60 --																	
	40 --																	
20 --																		
0 Respirations																		

Postoperative Care and Discharge Plan										
Yes	No	n/a					Medications given Post-op			
							Time	Medication	Dose	Route
			Dressings applied.							
			Compression garment(s) applied: Type _____ size _____							
			IV access discontinued with cannula intact & no redness or edema noted.							
			Foley catheter removed.							
			Patient given written discharge instructions. A copy remains in the chart.				Signature of MD/RN administering meds			
			A responsible adult is present to take the patient home.							
<b>1. Consciousness</b>		<b>3. Respiratory</b>		<b>5. Circulation</b>		<b>7. Pain</b>		<b>9. Oral Intake</b>		
Conscious, fully awake	2	Deep breaths & cough freely	2	BP +/- 20% of baseline	2	Pain free	2	Tolerates fluids w/o PONV	2	
Arousable when spoken to	1	Dyspnea	1	BP +/- 50% of baseline	1	Mild pain	1	Minimal nausea and no vomiting	1	
Not responsive	0	Requiring assistive ventilation	0	BP > +/- 50% of baseline	0	Unusual or excruciating pain	0	Nausea and vomiting	0	
<b>2. Activity</b>		<b>4. Oxygenation</b>		<b>6. Dressing</b>		<b>8. Ambulation</b>		<b>10. Urine Output</b>		
Moves 4 extremities	2	Room air sats >92%	2	Dry	2	Able to ambulate appropriately	2	Voided	2	
Moves 2 extremities	1	O <sub>2</sub> to maintain sats >90%	1	Wet but stationary	1	Dizziness or vertigo when erect	1	Has not voided	0	
Cannot move extremities	0	O <sub>2</sub> sats <90% despite O <sub>2</sub>	0	Wet but growing	0	Dizziness or vertigo when supine	0			
<b>Total Aldrete Score: _____ Score must be 18 – 20 to meet discharge criteria</b>										
Time	Notes									

Discharged from Center at \_\_\_\_ : \_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Physician Signature: \_\_\_\_\_