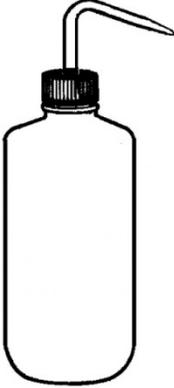


Labiaplasty SP Packet

- **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
LABIOPLASTIA Y HIMENOPLASTIA
INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

Obtener los siguientes artículos de una farmacia local unos días antes de la operación:

		
COJÍN DONA O DE ANILLO	ATOMIZADOR DE PLÁSTICO	CREMA LIMPIADORA DE LA PIEL ANTIMICROBIANA HIBICLENS

1. Usar el cojín para sentarse durante los primeros siete días después de la cirugía.
2. Llene 1 parte de la botella con Hibiclens y 20 partes con agua. Durante los primeros 14 días después de la operación enjuague la zona de la cirugía luego de hacer sus deposiciones y orinar. Evite en la medida de posible tocar con los dedos la zona operada a fin de reducir el riesgo de infección. Cuando use papel higiénico no lo frote sobre los puntos.
3. **NO** jale ni estire la piel cerca de los puntos bajo ninguna circunstancia o motivo.
4. **NO** ponga bolsas de hielo sobre los puntos salvo que el Dr. Pelosi le haya indicado hacerlo.
5. Puede ducharse y lavar suavemente la zona vaginal con la solución de la botella de Hibiclens o con un jabón neutro y agua. Los baños en tina y la natación están prohibidos durante las seis (6) primeras semanas después de la cirugía. **NADA** podrá insertarse en la vagina durante las primeras seis (6) semanas después de la cirugía.
6. Llame al consultorio (tel: 201-858-1800) una semana después de su cirugía para programar una visita posoperatoria.
7. Abstenerse de mantener relaciones sexuales durante las primeras seis (6) semanas después de la cirugía.

Reconocimiento del paciente de haber recibido las instrucciones:

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. Must be drawn within 7 days of date of surgery	___/___/___	___	Panel: 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: Do NOT take day of surgery</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 & answer questions. Instruct patient to be NPO 8 hrs prior to scheduled procedure time and to bring in a list of current meds and doses.</p> <p>Allergies: _____ LMP: ___/___/___</p>																								
12	Lipo touch-ups: Pt advised to bring in old garment	___/___/___	___	_____																								
13	Total Fee: \$ _____ Deposit Pd: \$ _____	___/___/___	___	_____																								
14	Balance Due: \$ _____ \$ _____ \$ _____	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___	___ ___ ___	_____																								

Pelosi Medical Center
LABIOPLASTIA Y HIMENOPLASTIA
INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

Obtener los siguientes artículos de una farmacia local unos días antes de la operación:

		
<p style="text-align: center;">COJÍN DONA O DE ANILLO</p>	<p style="text-align: center;">ATOMIZADOR DE PLÁSTICO</p>	<p style="text-align: center;">CREMA LIMPIADORA DE LA PIEL ANTIMICROBIANA HIBICLENS</p>

1. Usar el cojín para sentarse durante los primeros siete días después de la cirugía.
2. Llene 1 parte de la botella con Hibiclens y 20 partes con agua. Durante los primeros 14 días después de la operación enjuague la zona de la cirugía luego de hacer sus deposiciones y orinar. Evite en la medida de posible tocar con los dedos la zona operada a fin de reducir el riesgo de infección. Cuando use papel higiénico no lo frote sobre los puntos.
3. **NO** jale ni estire la piel cerca de los puntos bajo ninguna circunstancia o motivo.
4. **NO** ponga bolsas de hielo sobre los puntos salvo que el Dr. Pelosi le haya indicado hacerlo.
5. Puede ducharse y lavar suavemente la zona vaginal con la solución de la botella de Hibiclens o con un jabón neutro y agua. Los baños en tina y la natación están prohibidos durante las seis (6) primeras semanas después de la cirugía. **NADA** podrá insertarse en la vagina durante las primeras seis (6) semanas después de la cirugía.
6. Llame al consultorio (tel: 201-858-1800) una semana después de su cirugía para programar una visita posoperatoria.
7. Abstenerse de mantener relaciones sexuales durante las primeras seis (6) semanas después de la cirugía.

Reconocimiento del paciente de haber recibido las instrucciones:

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

Historia De Medicación/ Resumen de Alta

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:

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	
FIRMA DEL CIRUJANO QUE HA REVISADO LOS MEDICAMENTOS (obligatorio)	FECHA:

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

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 DE LABIOPLASTIA

FECHA: ____ / ____ / ____

1. Por medio del presente autorizo a los doctores **Pelosi o a los doctores que ellos designen** y / o a los asistentes que ellos puedan designar y supervisar a que se me realice el tratamiento de la siguiente condición:

Labios menores alargados (estirados), desnivelados y/o hiperpigmentados (oscurecidos); piel alargada (estirada) o asimétrica (irregular) y/o hiperpigmentada en o cerca del prepucio (la capucha del clítoris). Estas condiciones se pueden presentar en uno o en ambos labios menores.

2. El tratamiento médico/ cirugía propuesto es:

Extirpación del tejido de los labios menores y reconstrucción con cirugía plástica y/o extirpación del exceso de tejido en la capucha del clítoris y/o del tejido adyacente y reconstrucción con cirugía plástica de las zonas previamente operadas. El procedimiento puede incluir cirugía con láser y/o cirugía con radiofrecuencia.

(lenguaje sencillo) Se me ha informado que este procedimiento puede tener como consecuencia una serie de molestias y riesgos. Sé que estaré totalmente recuperada recién a las 4-6 semanas después de la operación. La mayoría de las pacientes se operan sin mayor problema; sin embargo, en raras ocasiones se pueden presentar problemas que van de menores a mayores o fatales y que incluyen náuseas, vómitos, sangrado, infección, mala cicatrización o formación de fistulas, adherencias o úlceras, estrechez y retención urinaria que requiera el uso de sonda vesical, entre otros. La función sexual puede mejorar una vez finalizado el periodo de cicatrización; sin embargo la mejora no se puede garantizar y existe la posibilidad que empeore. La anestesia o los medicamentos pueden causar efectos secundarios no esperados. Puede ocurrir daño accidental a las estructuras pélvicas o del perineo como los esfínteres anales interno y externo y a los nervios y vasos sanguíneos de la zona comprometida. Cualquiera de estos años puede requerir cirugía inmediata o posterior para su reparación. Asimismo, se pueden formar peligrosos coágulos de sangre en las piernas o en los pulmones. La actividad física y sexual se suspenderá durante 3-6 semanas después de la operación. Finalmente, entiendo que es imposible enumerar todos los posibles efectos no deseados involucrados en el procedimiento y que la condición a ser tratada no siempre se corrige o mejora de manera significativa y que en cierto casos, aunque bastante raros, podría empeorar.

3. El procedimiento se me ha explicado en términos fáciles de comprender y la explicación ha incluido lo siguiente:
- El propósito y la extensión de la procedimiento a realizarme;
 - Los riesgos que involucra el procedimiento, incluyendo aquellos cuya ocurrencia aunque poco probable tienen serias consecuencias;
 - Los posibles resultados del procedimiento propuesto;
 - Los procedimientos alternativos factibles y los métodos de tratamiento;
 - Los resultados posibles de dichas alternativas;
 - Las consecuencias posibles en caso de no hacerme el tratamiento
4. Estoy consciente de que existen otros riesgos como coágulos de sangre, infección o muerte, presentes siempre en cualquier procedimiento quirúrgico. Asimismo, estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que no se me pueden dar garantías o seguridades absolutas relacionadas con los resultados del procedimiento propuesto.
5. He tenido el tiempo suficiente para conversar sobre el tratamiento de mi condición con el doctor y/o sus colegas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción. Considero que la información que se me ha proporcionado ha sido suficiente para firmar este consentimiento para el tratamiento propuesto.
6. Asimismo, autorizo que se me practique cualquier procedimiento u operación adicional distintos a los incluidos en este documento y que se consideren necesarios como consecuencia de condiciones imprevisibles. La autorización otorgada en este párrafo se extenderá a todas las condiciones que requieran tratamiento y que sean de conocimiento del doctor recién al momento de iniciar el procedimiento o durante el curso del mismo.
7. No tengo restricciones ni limitaciones respecto del tratamiento salvo las siguientes (de no haber ninguna, sírvase indicarlo):
_____.
8. Autorizo que se me administre anestesia y/o sedación consciente, lo que sea recomendable, por o bajo la supervisión del médico responsable de este servicio. He conversado previamente sobre el riesgo, las alternativas y los beneficios.
9. Autorizo que se retenga o se disponga de cualquier tejido o partes que hayan sido extraídas.

Pelosi Medical Center

CONSENTIMIENTO DE LABIOPLASTIA

10. Autorizo que se tomen fotos y videos de la cirugía, procedimiento y/o tejido para fines científicos, educativos y documentarios.
11. Entiendo que a solicitud de los médicos mencionados al inicio de este documento es posible la presencia en la sala de operaciones de asistentes técnicos.
12. Entiendo que estudiantes de medicina o enfermería podrían estar presentes en la sala de operaciones como observadores.
13. Entiendo y autorizo como parte del tratamiento la posibilidad de transfusiones de sangre, productos del banco de sangre o sangre autóloga, cuyos riesgos, alternativas y beneficios me han sido explicados.

CERTIFICO QUE HE LEIDO, ENTENDIDO Y AUTORIZADO EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S) ARRIBA MENCIONADO (S) CUYA EXPLICACIÓN HE RECIBIDO A MI ENTERA SATISFACCIÓN. HE COMPLETADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO CON LAS DECLARACIONES SOLICITADAS Y TACHADO ANTES DE FIRMAR TODOS LOS PÁRRAFOS QUE NO SON APLICABLES. En todos los párrafos tachados se debe poner las iniciales del paciente y del médico.

Firma del paciente	/ /	Firma del testigo	/ /	Firma del cirujano	/ /
	Fecha		Fecha		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, Expandores 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, irregularities 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

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		Urine Pregnancy Test result __ (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								
Sodium Bicarbonate	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

POSTOPERATIVE CARE RECORD

Date:																		
Time	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Oxygen (L/min)																		
ECG																		
O ₂ Sat %																		
ETCO ₂																		
Temp																		
Fluids																		
Monitors	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			
			Dressings applied.				Time	Medication	Dose	Route
			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.							
1. Consciousness		3. Respiratory		5. Circulation		7. Pain		9. Oral Intake		
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	
2. Activity		4. Oxygenation		6. Dressing		8. Ambulation		10. Urine Output		
Moves 4 extremities	2	Room air sats >92%	2	Dry	2	Able to ambulate appropriately	2	Voided	2	
Moves 2 extremities	1	O ₂ to maintain sats >90%	1	Wet but stationary	1	Dizziness or vertigo when erect	1	Has not voided	0	
Cannot move extremities	0	O ₂ sats <90% despite O ₂	0	Wet but growing	0	Dizziness or vertigo when supine	0			
Total Aldrete Score: _____ Score must be 18 – 20 to meet discharge criteria										
Time	Notes									

Discharged from Center at ____:____ to _____

Physician Signature: _____

PELOSI MEDICAL CENTER

Cosmetic Labiaplasty Operative Report

Date of Procedure: _____ Surgeon/Assistant: _____

Anesthesia/Anesthesiologist: _____

Height/Weight/Parity: ___ft___in / ___lbs / _____

Fluid Intake: _____ ml EBL: _____ ml Drains: None Jackson-PrattIV Antibiotics: None Yes _____Pre-Operative Diagnosis: Labia Minora Hypertrophy Hyperpigmentation Asymmetry
 Bilateral Left Right Clitoral Hood Hypertrophy
 Bilateral Left Right Primary Procedure Revisionary Procedure

Post-Operative Diagnosis: Same

Procedure: Labia minora reduction labiaplasty
 Clitoral hood contouring
 Other: _____

Condition: _____

Clinical Findings:

This is a ___year-old female with a preoperative diagnosis described above requesting elective cosmetic surgery and presenting with normal gynecologic anatomy; she denied any vulvovaginal pelvic symptomatology and denied any symptoms of pelvic floor defects. After a discussion of the risks, benefits and expected outcomes of the procedures described above and of all treatment alternatives, she signed a statement of written informed consent.

Description of Procedure:

- The patient was brought to the operating room and kept awake because she requested local anesthesia.
 The patient was brought to the operating room and placed under an adequate level of anesthesia.

She was then prepped and draped in the usual sterile fashion for vaginal surgery with anti-embolic stockings & sequential compression stockings applied.

- The labia minora were exposed, inspected and marked for incision bilaterally.
 The clitoral hood was exposed, inspected and marked for incision bilaterally.

The marked tissue was injected with a dilute solution of lidocaine and epinephrine for anesthesia and hemostasis. Incisions were made using a combination of sharp dissection, electrocautery dissection, radiofrequency dissection, CO₂ laser dissection. The marked tissue was excised and hemostasis was achieved with absorbable sutures electrocautery other: _____.

Meticulously-placed, interrupted sutures of No. 5-0 Monocryl other: _____ were used to align and approximate the edges of the remaining tissue in a cosmetic and hemostatic fashion. Hemostasis was confirmed at all surgical sites.

Antibiotic ointment was placed over all incision lines and a light dressing was placed. The patient tolerated the procedure well and was brought to the recovery room in stable condition.

Surgeon Signature_____
Date