

# **Liposuction 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

## 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**  
**INSTRUCCIONES POST-LIPOSUCCIÓN**

---

**De regreso a casa:** No deberá volver a casa solo. Recomendamos que se haga acompañar de un adulto responsable el día de la cirugía.

**Dieta:** Reanude su dieta habitual, pero ingiera comidas ligeras durante las primeras 48 horas. Beba una cantidad adecuada de agua, jugos de frutas o bebidas suaves, para prevenir una deshidratación. No tome bebidas alcohólicas durante las primeras 48 horas después de la cirugía.

**Actividades:** Repose inmediatamente después de la cirugía. No maneje ni opere maquinarias peligrosas durante el resto del día después de la cirugía. No tome ninguna decisión personal importante durante 24 horas después de la cirugía. Si desea, puede dar una pequeña caminata al final de la tarde o por la noche después de la operación. Al día siguiente de la cirugía de liposucción se sentirá lo suficientemente bien como para manejar su auto y realizar actividad física moderada. Puede reanudar sus ejercicios y sus actividades físicas de manera cuidadosa a los 2 - 4 días después de la operación. Se recomienda reanudar el 25% de sus actividades normales y aumentarlas diariamente de acuerdo a lo tolerable. Muchas personas pueden volver al trabajo uno o dos días después de la cirugía; sin embargo, durante varios días sentirá dolor y se fatigará fácilmente.

Puede tomar dos tabletas de **Tylenol Extra Fuerte (Acetaminophen) 500 mg**, tres o cuatro veces al día como quiera que sea necesario después de la cirugía, a fin de ayudar a minimizar el grado de hinchazón y la incomodidad menor post cirugía. No tomar aspirina, ibuprofeno o medicamentos que contengan estas drogas, tales como, Bufferin, Anacin, Advil o Nuprin durante 3 días después de la cirugía; esto puede propiciar hemorragias. Si por alguna razón no le fuera bien con el Tylenol, sírvase notificarlo al 201-858-1800 a fin de poder reemplazarlo por uno adecuado.

**Prenda Post-Operatoria:** Después de la liposucción tumescente se usa una prenda de compresión post-op a fin de sostener los paños absorbentes en su lugar y proporcionar una compresión suave que estimule el drenaje de la solución anestésica mezclada con la sangre. La mañana siguiente a la operación cuando se quite prenda de compresión para tomar una ducha puede experimentar una breve sensación de mareo. La misma sensación que se tiene cuando uno se levanta rápidamente. Esto es producto de la descompresión rápida de las piernas cuando la prenda de compresión post-op es retirada del cuerpo. Si se siente mareado simplemente recuéstese o siéntese hasta que le pase.

A partir de la mañana siguiente a la cirugía, quítese la prenda de compresión post operatoria antes de ducharse para lavarla. Será más fácil si tiene alguien que lo ayude. La prenda post-operatoria y la faja (de ser necesario) deberán usarse día y noche hasta que **todo** el drenaje haya parado por **completo más un período adicional de 24 horas**. No se preocupe si drena durante varios días. Dejar de usar la prenda post-operatoria y la faja antes del tiempo indicado, hará que el drenaje se prolongue más. Lo normal es que los pacientes necesiten usar la prenda post-operatoria por 4 a 6 semanas, aunque pueden decidir usarla por más tiempo, por la comodidad que les proporciona. Sin embargo, el uso de la prenda post-operatoria por un tiempo más prolongado no representa ninguna ventaja en términos de los resultados estéticos finales.

**Como Manejar el Drenaje Post-Operatorio:** Durante las primeras 24 a 48 horas después de la liposucción una gran cantidad de solución anestésica mezclada con sangre drenará de las pequeñas incisiones. Por lo general, a mayor drenaje menor dolor e hinchazón. Durante las primeras 36 horas podrá sentarse o recostarse sobre toallas. Si existe mucho drenaje puede colocar una sábana de plástico debajo de la toalla. Durante las primeras 24 a 36 horas, necesitará ponerse debajo de la prenda post-operatoria paños grandes super absorbentes. Una vez que el drenaje ha parado casi en su totalidad, solo será necesario colocar apósitos de gasa absorbente sobre las incisiones que continúen drenando.

**Cuidado de la Herida & Baño:** Mantenga las incisiones limpias. No permita que se formen costras durante las primeras 72 horas. Dúchese una o dos veces al día. Evite el agua muy caliente durante las primeras 48 horas después de la cirugía. Primero, lávese las manos, después lave las incisiones suavemente con agua y jabón; seque las incisiones con toques suaves usando una toalla limpia. Y finalmente, colóquese sobre las incisiones paños absorbentes nuevos. Las incisiones que han parado de drenar no necesitan paños pero deberán cubrirse con Vaselina o Aquaphor durante las primeras seis semanas. Aplique bloqueador solar sobre cualquier incisión que este expuesta al sol durante los doce (12) primeros meses siguientes de la cirugía para prevenir una hiper-pigmentación. **Tome antibióticos de acuerdo a las indicaciones hasta terminar la receta.** Tome los antibióticos con alimentos. Sírvase llamar a nuestras oficinas si nota indicios de infección, tales como fiebre, drenaje de olor fétido, rojez localizada, hinchazón y dolor en la zona tratada.

**NO se aplique compresas de hielo o paños calientes** sobre la piel de las zonas que han sido sometidas a liposucción.

**NO se aplique peróxido de hidrogeno o curitas en las incisiones.**

**NO se bañe en tina, Jacuzzi, piscina o en el mar** durante los primeros 7 días siguientes a la cirugía.

**Pelosi Medical Center**  
**INSTRUCCIONES POST-LIPOSUCCIÓN**

---

**Efectos secundarios comunes** de la liposucción tumescente: **Irregularidades en el ciclo menstrual**, atrasos o adelantos de la menstruación mensual son un efecto secundario común que se da en cualquier cirugía importante. **Enrojecimiento** de la cara, cuello y la parte superior del pecho puede ocurrir después de la liposucción y no dura más de un día o dos. **Elevación ligera de la temperatura** durante las 48 horas siguientes a la cirugía es una consecuencia natural de la reacción del cuerpo al traumatismo quirúrgico. **Hematomas** son mínimos con la liposucción tumescente. Sin embargo, cuanto más extensa sea la cirugía mayor será la cantidad de hematomas. **Dolor e Hinchazón** debido a una reacción inflamatoria al traumatismo quirúrgico, que puede aumentar de 5 a 10 días después de la cirugía. **Picazón** en las zonas tratadas durante varios días después de la cirugía como parte del proceso normal de cicatrización. Para aliviar la picazón puede tomar cápsulas / tabletas de Benadryl de 25mg siguiendo las instrucciones de la caja. Debe saber que el Benadryl causa somnolencia. Puede usar también jabón de harina de avena. Después de 7 días (siempre que las incisiones estén cerradas) puede darse un baño preparado con harina de avena. El Benadryl y los productos de harina de avena puede comprarlos en muchas farmacias.

**Programe su cita de control** en nuestro consultorio a los 6 días de practicada la cirugía. Sírvase contactar a Marco Pelosi II/III, MD por teléfono (las 24 horas del día) al **201-858-1800** en caso de alguna consulta urgente.

---

Firma de Paciente

---

Fecha

**Pelosi Medical Center**  
**INSTRUCCIONES POST-LIPOSUCCIÓN**

---

**De regreso a casa:** No deberá volver a casa solo. Recomendamos que se haga acompañar de un adulto responsable el día de la cirugía.

**Dieta:** Reanude su dieta habitual, pero ingiera comidas ligeras durante las primeras 48 horas. Beba una cantidad adecuada de agua, jugos de frutas o bebidas suaves, para prevenir una deshidratación. No tome bebidas alcohólicas durante las primeras 48 horas después de la cirugía.

**Actividades:** Repose inmediatamente después de la cirugía. No maneje ni opere maquinarias peligrosas durante el resto del día después de la cirugía. No tome ninguna decisión personal importante durante 24 horas después de la cirugía. Si desea, puede dar una pequeña caminata al final de la tarde o por la noche después de la operación. Al día siguiente de la cirugía de liposucción se sentirá lo suficientemente bien como para manejar su auto y realizar actividad física moderada. Puede reanudar sus ejercicios y sus actividades físicas de manera cuidadosa a los 2 - 4 días después de la operación. Se recomienda reanudar el 25% de sus actividades normales y aumentarlas diariamente de acuerdo a lo tolerable. Muchas personas pueden volver al trabajo uno o dos días después de la cirugía; sin embargo, durante varios días sentirá dolor y se fatigará fácilmente.

Puede tomar dos tabletas de **Tylenol Extra Fuerte (Acetaminophen) 500 mg**, tres o cuatro veces al día como quiera que sea necesario después de la cirugía, a fin de ayudar a minimizar el grado de hinchazón y la incomodidad menor post cirugía. No tomar aspirina, ibuprofeno o medicamentos que contengan estas drogas, tales como, Bufferin, Anacin, Advil o Nuprin durante 3 días después de la cirugía; esto puede propiciar hemorragias. Si por alguna razón no le fuera bien con el Tylenol, sírvase notificarlo al 201-858-1800 a fin de poder reemplazarlo por uno adecuado.

**Prenda Post-Operatoria:** Después de la liposucción tumescente se usa una prenda de compresión post-op a fin de sostener los paños absorbentes en su lugar y proporcionar una compresión suave que estimule el drenaje de la solución anestésica mezclada con la sangre. La mañana siguiente a la operación cuando se quite prenda de compresión para tomar una ducha puede experimentar una breve sensación de mareo. La misma sensación que se tiene cuando uno se levanta rápidamente. Esto es producto de la descompresión rápida de las piernas cuando la prenda de compresión post-op es retirada del cuerpo. Si se siente mareado simplemente recuéstese o siéntese hasta que le pase.

A partir de la mañana siguiente a la cirugía, quítese la prenda de compresión post operatoria antes de ducharse para lavarla. Será más fácil si tiene alguien que lo ayude. La prenda post-operatoria y la faja (de ser necesario) deberán usarse día y noche hasta que **todo** el drenaje haya parado por **completo más un período adicional de 24 horas**. No se preocupe si drena durante varios días. Dejar de usar la prenda post-operatoria y la faja antes del tiempo indicado, hará que el drenaje se prolongue más. Lo normal es que los pacientes necesiten usar la prenda post-operatoria por 4 a 6 semanas, aunque pueden decidir usarla por más tiempo, por la comodidad que les proporciona. Sin embargo, el uso de la prenda post-operatoria por un tiempo más prolongado no representa ninguna ventaja en términos de los resultados estéticos finales.

**Como Manejar el Drenaje Post-Operatorio:** Durante las primeras 24 a 48 horas después de la liposucción una gran cantidad de solución anestésica mezclada con sangre drenará de las pequeñas incisiones. Por lo general, a mayor drenaje menor dolor e hinchazón. Durante las primeras 36 horas podrá sentarse o recostarse sobre toallas. Si existe mucho drenaje puede colocar una sábana de plástico debajo de la toalla. Durante las primeras 24 a 36 horas, necesitará ponerse debajo de la prenda post-operatoria paños grandes super absorbentes. Una vez que el drenaje ha parado casi en su totalidad, solo será necesario colocar apósitos de gasa absorbente sobre las incisiones que continúen drenando.

**Cuidado de la Herida & Baño:** Mantenga las incisiones limpias. No permita que se formen costras durante las primeras 72 horas. Dúchese una o dos veces al día. Evite el agua muy caliente durante las primeras 48 horas después de la cirugía. Primero, lávese las manos, después lave las incisiones suavemente con agua y jabón; seque las incisiones con toques suaves usando una toalla limpia. Y finalmente, colóquese sobre las incisiones paños absorbentes nuevos. Las incisiones que han parado de drenar no necesitan paños pero deberán cubrirse con Vaselina o Aquaphor durante las primeras seis semanas. Aplique bloqueador solar sobre cualquier incisión que este expuesta al sol durante los doce (12) primeros meses siguientes de la cirugía para prevenir una hiper-pigmentación. **Tome antibióticos de acuerdo a las indicaciones hasta terminar la receta.** Tome los antibióticos con alimentos. Sírvase llamar a nuestras oficinas si nota indicios de infección, tales como fiebre, drenaje de olor fétido, rojez localizada, hinchazón y dolor en la zona tratada.

**NO se aplique compresas de hielo o paños calientes** sobre la piel de las zonas que han sido sometidas a liposucción.

**NO se aplique peróxido de hidrogeno o curitas en las incisiones.**

**NO se bañe en tina, Jacuzzi, piscina o en el mar** durante los primeros 7 días siguientes a la cirugía.

**Pelosi Medical Center**  
**INSTRUCCIONES POST-LIPOSUCCIÓN**

---

**Efectos secundarios comunes** de la liposucción tumescente: **Irregularidades en el ciclo menstrual**, atrasos o adelantos de la menstruación mensual son un efecto secundario común que se da en cualquier cirugía importante. **Enrojecimiento** de la cara, cuello y la parte superior del pecho puede ocurrir después de la liposucción y no dura más de un día o dos. **Elevación ligera de la temperatura** durante las 48 horas siguientes a la cirugía es una consecuencia natural de la reacción del cuerpo al traumatismo quirúrgico. **Hematomas** son mínimos con la liposucción tumescente. Sin embargo, cuanto más extensa sea la cirugía mayor será la cantidad de hematomas. **Dolor e Hinchazón** debido a una reacción inflamatoria al traumatismo quirúrgico, que puede aumentar de 5 a 10 días después de la cirugía. **Picazón** en las zonas tratadas durante varios días después de la cirugía como parte del proceso normal de cicatrización. Para aliviar la picazón puede tomar cápsulas / tabletas de Benadryl de 25mg siguiendo las instrucciones de la caja. Debe saber que el Benadryl causa somnolencia. Puede usar también jabón de harina de avena. Después de 7 días (siempre que las incisiones estén cerradas) puede darse un baño preparado con harina de avena. El Benadryl y los productos de harina de avena puede comprarlos en muchas farmacias.

**Programe su cita de control** en nuestro consultorio a los 6 días de practicada la cirugía. Sírvase contactar a Marco Pelosi II/III, MD por teléfono (las 24 horas del día) al **201-858-1800** en caso de alguna consulta urgente.

---

Firma de 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

## 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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

ALTURA \_\_\_ ft \_\_\_ in. PESO: \_\_\_\_\_ lbs

Mediante el presente autorizo Dr. Pelosi y a sus cirujanos asociados, a practicarme 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:

<b>Intake</b> Total Volume IV Fluid Infused _____ ml	Total Tumescent Anesthetic Solution ____ ml
<b>Output</b> Voided..... x _____ Foley Cath ..... _____ ml	Total Volume Aspirated ____ ml - Total Infranatant Fluid _____ ml Total Supranatant Fat _____ ml Total Weight Supranatant Fat ( <i>Total Supranatant Fat ÷ 480</i> ) = _____ lb
	Fat Transfer to _____ ml Fat Transfer to _____ ml Fat Transfer to _____ ml
Patient recovered in OR at _____: _____ <b>PHYSICIAN SIGNATURE:</b> _____	

# 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			
	120			
<b>Monitors</b>	100			
<input type="checkbox"/> EKG	80			
<input type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>	60			
<input type="checkbox"/> SaO <sub>2</sub>	40			
<input type="checkbox"/> NIBP	20			
<input type="checkbox"/> TEMP				
<input type="checkbox"/> Other _____				
ET# _____				
LMA# _____				
↓ Systolic BP				
↑ Diastolic BP				
• Pulse				
O Respirations				
Anesthesia Notes/Complications:				
Antibiotic: _____ Gm IVPB at _____			IV Fluid _____ ml	
Patient Position: _____ <input type="checkbox"/> Pressure points checked and padded			EBL _____ ml	
			Urine _____ ml	
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																				
	120																				
<b>Monitors</b>																					
<input type="checkbox"/> EKG																					
<input type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>																					
<input type="checkbox"/> SaO <sub>2</sub>																					
<input type="checkbox"/> NIBP																					
<input type="checkbox"/> TEMP																					
<input type="checkbox"/> Other _____																					
ET# _____																					
LMA# _____																					
↓ Systolic BP	40																				
↑ Diastolic BP																					
• Pulse	20																				
O Respirations																					
<b>Anesthesia Notes/Complications:</b> 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: \_\_\_\_\_

PELOSI MEDICAL CENTER

## LIPOSUCTION/FAT TRANSFER OPERATIVE REPORT

DATE OF PROCEDURE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### TUMESCENT LIPOSUCTION

**Area(s) Treated With Liposuction:**

<input type="checkbox"/> Chin, Jowls, Neck	<input type="checkbox"/> Arms	<input type="checkbox"/> Waist	<input type="checkbox"/> Thighs, Anterior
<input type="checkbox"/> Back	<input type="checkbox"/> Breasts	<input type="checkbox"/> Buttocks	<input type="checkbox"/> Thighs, Inner
<input type="checkbox"/> Axillary Extensions	<input type="checkbox"/> Abdomen, Upper	<input type="checkbox"/> Hips	<input type="checkbox"/> Thighs, Outer
<input type="checkbox"/> Presacral	<input type="checkbox"/> Abdomen, Lower	<input type="checkbox"/> Knees	<input type="checkbox"/> Ankles
<input type="checkbox"/> Flanks	<input type="checkbox"/> Mons Pubis	<input type="checkbox"/> Calves	<input type="checkbox"/> Other:

After a discussion of the risks, benefits and expected outcomes of all treatment alternatives, the procedure was explained to the patient and a written informed consent was obtained. The patient was escorted to the OR where a preoperative assessment was completed and no significant discrepancies were noted when compared with the original preoperative history and physical examination. Intravenous access  **was** /  **was not** started in a peripheral vein. With continuous cardiac monitoring and intermittent non-invasive blood pressure monitoring, the patient was positioned comfortably so as to permit infiltration of local anesthetic and liposuction with optimal exposure of treated areas. The targeted areas were prepared and draped in the usual sterile fashion for cosmetic surgery.

In the selected areas, local anesthesia was infiltrated using standard tumescent technique delivered through a spinal needle via a  **peristaltic pump** /  **syringe**. If fat transfer was planned, these areas were also treated with anesthetic infiltration, but with less fluid volume. After allowing adequate time for the local anesthesia to take full effect, liposuction of the selected area(s) was carried out using standard liposuction techniques with  **suction pump** /  **syringe**. Standard sterile low vacuum pressure fat harvesting  **was** /  **was not** performed:

<input type="checkbox"/> Pre-liposuction laser	<input type="checkbox"/> Manual Disruption	<input type="checkbox"/> Manual Liposuction	<input type="checkbox"/> Post-Liposuction Laser
<input type="checkbox"/> Pre-liposuction Vaser Ultrasound	<input type="checkbox"/> Power-assisted Disruption	<input type="checkbox"/> Power-assisted Liposuction	<input type="checkbox"/> Other

Total Aspirate \_\_\_\_\_ ml      Total Supranatant Fat \_\_\_\_\_ ml      Estimated Blood loss \_\_\_\_\_ ml

### FAT TRANSFER

**Area(s) Treated With Fat Transfer:**

<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Scar	<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Breasts	<input type="checkbox"/> Hands	<input type="checkbox"/> Lipofilling: _____
<input type="checkbox"/> Buttocks	<input type="checkbox"/> Labia	<input type="checkbox"/> Liposhifting: _____
<input type="checkbox"/> Hips	<input type="checkbox"/> Mons Pubis	

The aspirated fat was collected in a sterile container (\_\_\_\_\_ cc). The harvested fat was transferred to sterile syringes. The fat was separated from the tumescent solution using standard techniques, The fat was used as a filler to the designated area(s) listed above utilizing fat transfer cannulas. Fat centrifugation  **was** /  **was not done**. Platelet rich plasma (PRP)  **was** /  **was not added** to the fat. Antibiotics  **were** /  **were not added**.

### IMMEDIATE POSTOPERATIVE COURSE

The patient tolerated the procedure well. There were no complications. Absorbent dressings were applied to the treated areas and a garment was placed. Orthostatic blood pressure and pulse measurements were clinically unremarkable during and immediately after the procedure. The patient was discharged to home ambulatory and in good condition. The patient was given wound care and post-operative instructions.

Comments: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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