

Perineo-, Colpoperineoplasty, Rectocele 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
COSMETIC VAGINOPLASTY
INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

A continuación se detallan las instrucciones posoperatorias y la información acerca de qué esperar durante el período de recuperación posoperatorio que se aplicarán a cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Perineoplastia
- Colpoperineoplastia
- Reparación del Rectocele

Si en cualquier momento durante el período de recuperación necesita realizar una consulta no dude en comunicarse con los doctores Pelosi en el teléfono 201-858-1800. Durante las horas de consulta le responderá directamente el personal médico. Fuera de las horas de consulta nuestro servicio de recepción de llamadas recibirá su mensaje y la comunicará directamente con los doctores Pelosi o ellos le devolverán la llamada a la brevedad. Si después de 15 minutos no se ha contactado con los doctores, sírvase llamar nuevamente.

Al momento del alta

Asegúrese de comprar todos los medicamentos prescritos por su cirujano.

Casa/Hotel

Durante la cirugía se le ha aplicado una inyección de anestesia local de larga duración con la finalidad que pase las primeras 8-10 horas posteriores al procedimiento sin sentir molestias. Pasadas estas primeras horas tome los analgésicos para el dolor que se le ha recetado cada vez que sea necesario lo que ayudará a aliviar que las molestias y evitar que se agudicen. Presión leve y sensación de calambres son normales después de la cirugía.

El primer día posoperatorio

El primer día deberá descansar, comer ligero de acuerdo con su apetito y tomar mucho líquido y los medicamentos que se le han recetado.

Si usted tiene una sonda vesical, El catéter será retirado el primer día del período postoperatorio en el consultorio médico.

asegúrese de que el "tubo beige" que viene de la vejiga a la bolsa de drenaje no esté doblado o torcido, ya que eso impedirá que la orina fluya libremente y se produzca una distensión de la vejiga. Vacíe la bolsa de orina cada vez que sea necesario (cada cuatro horas, más o menos).

El taponamiento temporal de la vagina se retirará la mañana siguiente a la cirugía.

Qué comer durante las primeras 4 semanas de la cirugía

Durante las primeras 4 semanas evite comer alimentos que causan estreñimiento. Por el contrario, coma una dieta rica en fibra, vegetales, fruta y agua. Si usted tiene tendencia al estreñimiento tome un ablandador de heces como Colace 100mg dos veces al día. Si esto no resulta, póngase un enema Fleet que puede comprarlo en cualquier farmacia y sin receta médica. Tenga presente que uno de los efectos secundarios de analgésicos como Percocet, Vicodin y Oxycontin es el estreñimiento.

Cómo pasar el período de cicatrización sin mayores molestias

Si siente malestar durante las primeras 12 horas después de la cirugía tome un analgésico para el dolor **pero NO se ponga de ninguna manera compresas frías o bolsas de hielo.**

Si siente malestar durante los primeros días siguientes a la cirugía póngase una compresa fría en el periné (entre la vagina y el ano) o tome un analgésico para el dolor. No deje la compresa fría o la bolsa de hielo permanentemente sobre la zona afectada. Póngasela de 5 a 10 minutos luego retírela por unos minutos y póngasela nuevamente. Repita esta operación hasta que esté lista para irse a dormir. No use la compresa fría o bolsa de hielo a la hora de dormir. Si no tiene malestar o incomodidad no use compresas frías o bolsas de hielo. Para mayor comodidad use un cojín dona o de anillo para sentarse ya que con eso evitará presionar la zona.

Efectos que se producen después de esta clase de procedimientos

Pelosi Medical Center
COSMETIC VAGINOPLASTY
INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

En el caso de mujeres que tienen hemorroides, éstas suelen inflamarse temporalmente después de este procedimiento. Si bien es una molestia, con el tiempo la inflamación desaparece. De no ser así, llame a su cirujano para que le dé instrucciones sobre qué hacer para reducir la molestia y solucionarla.

Un ligero sangrado vaginal es normal durante las primeras seis semanas después de la cirugía. Sin embargo, si usted nota un mayor sangrado deberá comunicarse con nosotros para determinar si es necesario un cuidado especial.

La higiene durante las primeras 4 semanas después de la cirugía

Puede ducharse al día siguiente de la cirugía.

Durante las primeras 4 semanas después de la cirugía, usted no podrá tomar baños de tina, baños de asiento, baños de sal de Epsom, jacuzzi, etc., ya que hará que las suturas podrían ablandarse, debilitarse y eventualmente separarse

La vulva y el perineo se pueden lavar suavemente con agua tibia y un jabón neutro. Recomendamos usar el jabón líquido Hibiclens (1 parte Hibiclens por 20 partes de agua) en un atomizador. Este jabón puede comprarse en la mayoría de las farmacias sin receta médica.

No deberá aplicarse ninguna crema, loción, pomada, agua oxigenada, alcohol, etc. en la zona afectada sin la autorización expresa de su cirujano. Muchos compuestos tópicos pueden interferir con el proceso de curación y crear problemas.

Al usar el inodoro límpiense suavemente con el papel higiénico y evite frotar la zona del perineo. Rocíe la zona del perineo con la solución de agua con Hibiclens y deje que se seque.

Restricciones en la actividad sexual y otras

No podrá tener relaciones sexuales ni introducir ningún objeto en la vagina; tampoco podrá nadar hasta que esté totalmente recuperada de la cirugía que en la mayoría de casos toma de 6 a 8 semanas. Al cumplirse la sexta semana deberá sacar una cita con su cirujano quien después de revisarla le dirá si ya está lista para reanudar sus actividades. En caso de que no pueda visitar a su cirujano a la sexta semana, le recomendamos que espere hasta la octava semana antes de retomar estas actividades.

Acuse de recibo de las instrucciones del cirujano:

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.	___/___/___	___	Pt instructions for all Rx's: Do NOT take day of surgery
				__ 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
				Physician Signature _____
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	___/___/___	___	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. Allergies: _____ LMP: ___/___/___
12	Lipo touch-ups: Pt advised to bring in old garment	___/___/___	___	_____
13	Total Fee: \$ _____ Deposit Pd: \$ _____	___/___/___	___	_____
14	Balance Due: \$ _____ \$ _____ \$ _____	___/___/___ ___/___/___ ___/___/___	___ ___ ___	_____

Pelosi Medical Center
COSMETIC VAGINOPLASTY
INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

A continuación se detallan las instrucciones posoperatorias y la información acerca de qué esperar durante el período de recuperación posoperatorio que se aplicarán a cualquiera de los siguientes procedimientos:

- Perineoplastia
- Colpoperineoplastia
- Reparación del Rectocele

Si en cualquier momento durante el período de recuperación necesita realizar una consulta no dude en comunicarse con los doctores Pelosi en el teléfono 201-858-1800. Durante las horas de consulta le responderá directamente el personal médico. Fuera de las horas de consulta nuestro servicio de recepción de llamadas recibirá su mensaje y la comunicará directamente con los doctores Pelosi o ellos le devolverán la llamada a la brevedad. Si después de 15 minutos no se ha contactado con los doctores, sírvase llamar nuevamente.

Al momento del alta

Asegúrese de comprar todos los medicamentos prescritos por su cirujano.

Casa/Hotel

Durante la cirugía se le ha aplicado una inyección de anestesia local de larga duración con la finalidad que pase las primeras 8-10 horas posteriores al procedimiento sin sentir molestias. Pasadas estas primeras horas tome los analgésicos para el dolor que se le ha recetado cada vez que sea necesario lo que ayudará a aliviar que las molestias y evitar que se agudicen. Presión leve y sensación de calambres son normales después de la cirugía.

El primer día posoperatorio

El primer día deberá descansar, comer ligero de acuerdo con su apetito y tomar mucho líquido y los medicamentos que se le han recetado.

Si usted tiene una sonda vesical, El catéter será retirado el primer día del período postoperatorio en el consultorio médico.

asegúrese de que el "tubo beige" que viene de la vejiga a la bolsa de drenaje no esté doblado o torcido, ya que eso impedirá que la orina fluya libremente y se produzca una distensión de la vejiga. Vacíe la bolsa de orina cada vez que sea necesario (cada cuatro horas, más o menos).

El taponamiento temporal de la vagina se retirará la mañana siguiente a la cirugía.

Qué comer durante las primeras 4 semanas de la cirugía

Durante las primeras 4 semanas evite comer alimentos que causan estreñimiento. Por el contrario, coma una dieta rica en fibra, vegetales, fruta y agua. Si usted tiene tendencia al estreñimiento tome un ablandador de heces como Colace 100mg dos veces al día. Si esto no resulta, póngase un enema Fleet que puede comprarlo en cualquier farmacia y sin receta médica. Tenga presente que uno de los efectos secundarios de analgésicos como Percocet, Vicodin y Oxycontin es el estreñimiento.

Cómo pasar el período de cicatrización sin mayores molestias

Si siente malestar durante las primeras 12 horas después de la cirugía tome un analgésico para el dolor **pero NO se ponga de ninguna manera compresas frías o bolsas de hielo.**

Si siente malestar durante los primeros días siguientes a la cirugía póngase una compresa fría en el periné (entre la vagina y el ano) o tome un analgésico para el dolor. No deje la compresa fría o la bolsa de hielo permanentemente sobre la zona afectada. Póngasela de 5 a 10 minutos luego retírela por unos minutos y póngasela nuevamente. Repita esta operación hasta que esté lista para irse a dormir. No use la compresa fría o bolsa de hielo a la hora de dormir. Si no tiene malestar o incomodidad no use compresas frías o bolsas de hielo. Para mayor comodidad use un cojín dona o de anillo para sentarse ya que con eso evitará presionar la zona.

Efectos que se producen después de esta clase de procedimientos

Pelosi Medical Center
COSMETIC VAGINOPLASTY
INSTRUCCIONES POSOPERATORIAS

En el caso de mujeres que tienen hemorroides, éstas suelen inflamarse temporalmente después de este procedimiento. Si bien es una molestia, con el tiempo la inflamación desaparece. De no ser así, llame a su cirujano para que le dé instrucciones sobre qué hacer para reducir la molestia y solucionarla.

Un ligero sangrado vaginal es normal durante las primeras seis semanas después de la cirugía. Sin embargo, si usted nota un mayor sangrado deberá comunicarse con nosotros para determinar si es necesario un cuidado especial.

La higiene durante las primeras 4 semanas después de la cirugía

Puede ducharse al día siguiente de la cirugía.

Durante las primeras 4 semanas después de la cirugía, usted no podrá tomar baños de tina, baños de asiento, baños de sal de Epsom, jacuzzi, etc., ya que hará que las suturas podrían ablandarse, debilitarse y eventualmente separarse

La vulva y el perineo se pueden lavar suavemente con agua tibia y un jabón neutro. Recomendamos usar el jabón líquido Hibiclens (1 parte Hibiclens por 20 partes de agua) en un atomizador. Este jabón puede comprarse en la mayoría de las farmacias sin receta médica.

No deberá aplicarse ninguna crema, loción, pomada, agua oxigenada, alcohol, etc. en la zona afectada sin la autorización expresa de su cirujano. Muchos compuestos tópicos pueden interferir con el proceso de curación y crear problemas.

Al usar el inodoro límpiense suavemente con el papel higiénico y evite frotar la zona del perineo. Rocíe la zona del perineo con la solución de agua con Hibiclens y deje que se seque.

Restricciones en la actividad sexual y otras

No podrá tener relaciones sexuales ni introducir ningún objeto en la vagina; tampoco podrá nadar hasta que esté totalmente recuperada de la cirugía que en la mayoría de casos toma de 6 a 8 semanas. Al cumplirse la sexta semana deberá sacar una cita con su cirujano quien después de revisarla le dirá si ya está lista para reanudar sus actividades. En caso de que no pueda visitar a su cirujano a la sexta semana, le recomendamos que espere hasta la octava semana antes de retomar estas actividades.

Acuse de recibo de las instrucciones del cirujano:

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

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 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"> • 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)
1			10	
2			10	
3			10	
4			10	
5			10	

Bag #	Lidocaine (mg)	Epinephrine (mg)	Sodium Bicarbonate 8.4% (ml)
6			10
7			10
8			10
9			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
 LVR/COLCOPERINEOPLASTIA**

FECHA: ____ / ____ / ____

1. Mediante el presente autorizo a los **doctores Pelosi o a los doctores que ellos designen y/o a sus asistentes seleccionados y supervisados por ellos a tratarme la(s) siguiente (s) condición (es):**
Laxitud del periné o perineo (orificio vaginal exterior y músculos exteriores), y/o
Laxitud del canal vaginal (las paredes anterior y posterior de la vagina), y/o
Laxitud de los músculos elevador (músculos internos de la vagina, conocidos como músculos Kegel), y/o
Rectocele, si se manifestara al momento de la cirugía (hernia- debilidad de la pared posterior de la vagina)
2. El tratamiento médico /cirugía propuesto es:

Perineoplastia (reducir y tensar el periné con suturas), y/o
Colpoperineoplastia (reducir y tensar la pared interior de la vagina con suturas) y/o
Levatorplastia (tensar los músculos elevador (músculos Kegel) con suturas y/o
Reparación del rectocele (reforzar la pared posterior con suturas)
El procedimiento puede incluir cirugía con laser y/o cirugía con radiofrecuencia
El procedimiento puede incluir taponamiento temporal de la vagina y /o sonda vesical

(lenguaje sencillo) *Se me ha informado que este procedimiento me puede ocasionar una serie de molestias y riesgos y que la recuperación toma de 4-6 semanas después de la cirugía. Que en algunos pacientes se han presentado pequeñas dificultades y que los problemas pueden ir de menor a mayor y que estos comprenden náuseas, vómitos, dolor, sangrado, infección, cicatrización lenta, formación de fistulas, adherencias o estrechez. Asimismo, puede haber retención urinaria que requiera el uso de sonda vesical. La función sexual puede mejorar después de que termine el proceso de cicatrización; sin embargo, el mejoramiento no se puede garantizar y por el contrario el empeoramiento de la función es una posibilidad. Puede haber reacciones no esperadas a los medicamentos y a la anestesia, así como daño accidental a otras estructuras del periné o la pelvis, como los esfínteres anales interno y externo y a los nervios y vasos sanguíneos de la zona.. Cualquiera de estos daños podría requerir inmediata atención o una cirugía posterior para su reparación. Se pueden formar en las piernas o en los pulmones unos peligrosos coágulos de sangre. La actividad sexual vaginal estará restringida por un periodo de tiempo indeterminado que varía de 3 a 6 semanas después de la operación. Finalmente, entiendo que es imposible enumerar todos los efectos posibles no deseables y que la condición sometida a tratamiento o cirugía no siempre se remedia o mejora significativamente, sino que por el contrario, si bien son muy pocos los casos, puede empeorar.*

3. Se me ha explicado el procedimiento en términos comprensibles y la explicación ha incluido:
 - a. La finalidad y la extensión del procedimiento a realizarse
 - b. Los riesgos que involucra el procedimiento, inclusive los que tienen muy poca probabilidad de ocurrir pero que tienen serias consecuencias
 - c. Los resultados probables del procedimiento propuesto
 - d. La factibilidad de procedimientos y métodos de tratamiento alternativos
 - e. Los resultados probables de dichas alternativas
 - f. Las consecuencia posibles en caso de no someterme a un tratamiento
4. Sé que existen otros riesgos, tales como pérdida de sangre, infección e incluso muerte, riesgos que están presentes en cualquier procedimiento quirúrgico. Asimismo, se que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha garantizado o asegurado resultados.
5. He tenido oportunidad suficiente para conversar sobre mi condición y tratamiento con el doctor y/o sus colegas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Creo que tengo el conocimiento suficiente sobre el cual basarme para firmar este consentimiento informado sobre el tratamiento que se me practicará.
6. Acepto que se me practiquen otros procedimientos o cirugías adicionales y diferentes a los contemplados y que sean necesarios y recomendables debido a condiciones imprevisibles. La autorización contenida en este párrafo se extiende a todas las condiciones que requieran de tratamiento y de las que el doctor se percate al momento de iniciar el procedimiento.
7. No tengo ninguna limitación o prohibición específica relacionadas con el tratamiento, salvo las siguientes: (de no haber ninguna, indicarlo así)

Pelosi Medical Center
CONSENTIMIENTO DE
LVR/COLCOPERINEOPLASTIA

8. Autorizo que se me administre anestesia y/ sedación en la medida que se considere recomendable y bajo la dirección y supervisión del médico responsable de este servicio. Previamente se ha conversado sobre las alternativas, beneficios y riesgos de su administración.
9. Autorizo la retención y disposición de cualquier tejido o partes que sean removidas.
10. Autorizo que se tomen fotos y video de la operación, procedimiento y/o tejido para fines científicos, educativos y documentales.
11. Entiendo que a solicitud del (los) médico (s) arriba nombrado (s) consultores técnicos estarán presentes y disponibles en la sala de operaciones.
12. Acepto que estudiantes de medicina y enfermería estén presentes durante el procedimiento como observadores.
13. Entiendo que la transfusión de sangre, productos del banco de sangre o sangre autóloga serán una parte importante de mi tratamiento. He sido previamente informada sobre sus riesgos, alternativas y beneficios y, por lo tanto, doy mi consentimiento.

CERTIFICO QUE HE LEIDO, ENTENDIDO Y DADO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME PRACTIQUE (N) EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S) ARRIBA MENCIONADO (S) CUYA EXPLICACIÓN ME HA SIDO PROPORCIONADA OPORTUNAMENTE. HE LLENADO LOS ESPACIOS EN BLANCO Y ANTES DE FIRMAR HE TACHADO LOS PÁRRAFOS QUE NO SON APLICABLES. Todos los párrafos tachados deben contar con las iniciales del paciente y del doctor.

_____	_/_/_	_____	_/_/_	_____	_/_/_
Firma del paciente	Fecha	Firma del testigo	Fecha	Firma del Cirujano	Fecha

Pelosi Medical Center
CIGARETTE SMOKING ATTESTATION

All procedures in cosmetic surgery are performed to improve form and, in some cases, function. Our goal as cosmetic surgeons is to achieve improvement with minimal scarring. Unfortunately, smoking and secondary smoke affect wound healing in a potentially devastating way. Please be honest with us about your exposure to smoke so we can take good care of you and prevent problems and complications with your procedure.

Any exposure to smoke either directly or indirectly can result in poor wound healing, delayed wound healing, skin loss requiring skin grafting, increased risk of wound infection, and loss of skin and deeper tissues, all due to decreased blood supply to those areas. The reduced blood flow to skin wound edges can cause skin to break down and scab. This will negatively affect the quality and nature of the scar (there is an increased risk of hypertrophic or keloid scarring). This is true for any surgical procedures requiring incisions (even skin lesion removal and liposuction).

The following is a partial list of cosmetic procedures and the impact that smoking or inhaling second-hand smoke may have on wound healing. It is not intended to be a complete list of procedures or all possible complications. Because of these potential complications, the immediate stopping of smoking at least 4 weeks before the surgeries and postoperative abstinence for life, or for at least 4-6 weeks postoperative, is advised.

Breast Implants (Reconstruction, Tissue Expanders, and Augmentation): There is an increased risk of delayed wound healing, capsular contracture, and implant infection with the possibility of extrusion.

Breast Reduction and Breast Lift (Mastopexy): There can be delayed wound healing resulting in unsightly scarring and skin loss and potential nipple loss requiring skin graft. In all cases of patients who smoke or are exposed to smoke, wounds do not heal in the normal length of time. Wound healing can be prolonged as long as 3-4 months.

Abdominoplasty: Smoking or exposure to smoke will decrease the ability of the skin to heal properly resulting in unsightly scarring, higher risk for infection, and skin loss sometimes requiring a skin graft. Slow wound healing (months instead of weeks), skin loss resulting in scabbing and prolonged need for dressing changes, and infection (usually requiring antibiotics and sometimes another surgery to drain the infection) are all complications that can occur if you smoke or are exposed to second-hand smoke. If you have either stopped smoking very recently or have been unable to stop completely, you must accept these risks if you wish to proceed with surgery.

Liposuction and Fat Transfer: There is an associated increased risk of skin complications with *liposuction* (postoperative pain, inflammation, infection, bruising, swelling, loss of sensation in the skin, skin irregularities, skin necrosis, fat embolism, seroma, scarring, changes in skin coloration, etc.) and *fat transfer* (infection, fat necrosis, skin irregularities, and decrease in the retention of injected fat, etc.) in smokers.

Patient Initials

_____ I have read and understand the Patient Information on Cigarette Smoking and Cosmetic Surgery and I have had all of my questions regarding this form answered to my full satisfaction by my surgeon prior to my operation today.

IF YOU HAVE NEVER SMOKED CIGARETTES:

_____ I attest that I have never smoked cigarettes.

IF YOU ARE A PREVIOUS OR CURRENT SMOKER:

_____ I attest that I (have/have not) _____ quit cigarette smoking or refrained from cigarette smoking for at least four (4) weeks prior to my surgery today.

_____ I have been advised by my surgeon to refrain from cigarette smoking for at least six (6) weeks after my surgery today and preferably to quit smoking permanently.

Print Name: _____ **Signature:** _____ **Date:** ____/____/____

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		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	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	1000 ml	
Sodium Bicarbonate	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	10 mEq	
Epinephrine (mg)									
Tranexamic Acid (mg)									
Lidocaine (mg)	(A)								
mls of bag infiltrated	(B)								
Initial mls in bag	(C)								
Lidocaine mg infiltrated	Ax(B/C)								

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

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

Skin Prep Used: Betadine Scrub Betadine Solution Hibiclens Solution

Pre-op Dx:

Post-op Dx:

Procedure(s) Performed:

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

Surgical Checklist Completed: Signature: _____

Intraoperative Notes:

Intake

Total Volume IV Fluid Infused _____ ml

Total Tumescent Anesthetic Solution _____ ml

Output

Voided..... x _____

Foley Cath _____ ml

Total Volume Aspirated _____ ml

- Total Infranatant Fluid _____ ml

Total Supranatant Fat _____ ml

Total Weight Supranatant Fat (*Total Supranatant Fat ÷ 480*) = _____ lb

Fat Transfer to _____ ml

Fat Transfer to _____ ml

Fat Transfer to _____ ml

Patient recovered in OR at _____:

PHYSICIAN SIGNATURE: _____

PELOSI MEDICAL CENTER ANESTHESIA RECORD

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

PELOSI MEDICAL CENTER
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 ₂ Sat %																			
ETCO ₂																			
Temp																			
Fluids																			
Pre-Sedation	220																		
BP:	200																		
Pulse:	180																		
RR:	160																		
SaO ₂ :	140																		
Monitors	120																		
<input type="checkbox"/> EKG																			
<input type="checkbox"/> ETCO ₂	100																		
<input type="checkbox"/> SaO ₂																			
<input type="checkbox"/> NIBP	80																		
<input type="checkbox"/> TEMP																			
<input type="checkbox"/> Other _____	60																		
ET# _____																			
LMA# _____	40																		
↓ Systolic BP																			
↑ Diastolic BP	20																		
• Pulse																			
O Respirations																			
Anesthesia Notes/Complications:																			
Antibiotic: _____ Gm IVPB at _____																			
Patient Position: _____ <input type="checkbox"/> Pressure points checked and padded																			
IV Fluid _____ ml																			
EBL _____ ml																			
Urine _____ ml																			
Signature: _____																			

PELOSI MEDICAL CENTER

POSTOPERATIVE CARE RECORD

Date:																		
Time	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Oxygen (L/min)																		
ECG																		
O 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 Vaginoplasty 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: Vaginal Laxity Rectocele Cystocele Other: _____
 Primary Procedure Revisionary Procedure

Post-Operative Diagnosis: Same

Procedure: Perineoplasty
 Colpoperineoplasty
 Rectocele Repair
 Cystocele Repair
 Other: _____

Condition: _____

Clinical Findings:

This is a ___ year-old female with a preoperative diagnosis described above requesting elective cosmetic surgery. 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 targeted dimensions of the vaginal introitus were established by careful digital assessment and surgical markings were made on the perineum. 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, electrosurgical dissection, radiofrequency dissection, CO₂ laser dissection.

A flap of perineal skin and subcutaneous fat was made and advanced to the level of the posterior vaginal wall. After mobilizing the bulbocavernosus muscles bilaterally, the posterior vaginal wall and the rectovaginal space were injected with the same local anesthetic. A triangular excision of the posterior vaginal wall was marked and the posterior vaginal wall was undermined and excised sharply. Hemostasis was achieved with absorbable sutures electrocautery other: _____.

Since perineoplasty only was planned, no additional dissection was carried out and the vaginal wall incision edges were closed with a running suture of No. 2-0 Vicryl.

Since colpoperineoplasty was planned, additional undermining of the posterior vaginal wall was carried out lateral and superior to the excised tissue to expose the rectovaginal fascia and the levator ani muscles. No rectocele was present. A rectocele was noted and repaired with running sutures of No. 2-0 Vicryl in ___ layers with transrectal palpation throughout this process to avoid rectal wall injury. The levator ani muscles were approximated in the midline to the desired degree of tightness using No. 0 Quill in ___ layers with transrectal palpation throughout this process to avoid rectal wall injury. Hemostasis was confirmed and the surgical field was irrigated with sterile saline. The vaginal wall incision edges were closed with a running suture of No. 2-0 Vicryl.

The deep tissues of the perineal body were approximated with No. 2-0 Vicryl No. 0 Quill Other: _____ incorporating the bulbocavernosus muscles and the deep and superficial transverse perineal muscles. The skin was approximated with interrupted sutures of No. 4-0 Monocryl. Hemostasis was confirmed at all surgical sites.

A foley catheter was not placed was placed. Vaginal packing was not placed was placed. Antibiotic ointment was placed over all incision lines and vaginal packing was employed. The patient tolerated the procedure well and was brought to the recovery room in stable condition.

Surgeon Signature_____
Date