Ελληνική Εταιρεία Μαιευτικού & Γυναικολογικού Υπείγοντος

Στοιχεία Επέμβασης:

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΑΜ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:.....

ΠΤΕΡΥΓΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:..... ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ:.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:..... ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ:..... ΒΟΗΘΟΣ:..... ΜΑΙΑ:.....

☐ Χειρουργική Αίθουσα 1 ☐ Χειρουργική Αίθουσα 2 ☐ Άλλη αίθουσα

Ενημερωμένη συναίνεση ασθενούς; ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Προφορική ☐ Γραπτή

Σημειώσεις επέμβασης

Ιατρός:..... Ώρα λήψης της απόφασης για ΚΤ:..... Ώρα έναρξης της επέμβασης:.....

Αναισθησία: ☐ Γενική ☐ Πρ. συναίνεση ☐ Ραχιαία ☐ Πρ. Συναίνεση ☐ Επισκληρίδιος ☐ Πρ. συναίνεση

Κατηγορία ΚΤ: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 **Ενημέρωση Επιμελητή:** ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Παρών

Κατηγορία 1: Εξαιρετικά επείγουσα ΚΤ (σε 30 λεπτά)	**Κατηγορία 2:** Επείγουσα ΚΤ (σε 2 ώρες)
Κατηγορία 3: Έκτακτη «μη επείγουσα» ΚΤ (σε 24 ώρες)	**Κατηγορία 4:** Εκλεκτική ΚΤ

Ένδειξη Καισαρικής τομής:.....

Καθυστέρηση της επέμβασης: ☐ Ναι ☐ Όχι Αιτία:.....

Κολπική εξέταση: Διαστολή..... Θέση προβολής ..... Ύψος προβάλλουσας μοίρας .....

Στη χειρουργική αίθουσα ☐ Ναι ☐ Όχι Προκεφαλή..... Εφίππευση ..... Αμνιακό Υγρό .....

Κοιλιακή τομή ☐ Τομή Pfannestiel ☐ Μέση τομή

Τοκετός προβάλλουσας μοίρας ☐ Χειροκίνητα ☐ Εμβρυουλκοί **Θέση του εμβρύου κατά τον τοκετό:**.....

Υστεροτομία: ☐ Χαμηλή εγκάρσια τομή ☐ Κλασική τομή Άλλο σχόλιο: .....

Κατάσταση κατά τον τοκετό:..... Αμνιακό υγρό κατά τον τοκετό:.....

Πλήρης υστεροτοκία ☐ Ναι ☐ Όχι **Μέθοδος** (ελεγχόμενη έλξη ομφαλίου, δακτυλική αποκόλληση, κτλ):.....

Έλεγχος ενδομήτριας κοιλότητας ☐ Ακέραιη ☐ Κενή ☐ Φυσιολογικής μορφολογίας Άλλο σχόλιο: .....

Συρραφή μήτρας με: ☐ Vicryl ☐ Άλλο ράμμα ☐ Σε στρώματα

Επισκόπηση σαλπίγγων και ωοθηκών ☐ Ναι ☐ Όχι **Αιμοστατικές ραφές** ☐ Ναι ☐ Όχι

Παροχέτευση κοιλίας ☐ Ναι ☐ Όχι **Παροχέτευση κοιλιακού τοιχώματος** ☐ Ναι ☐ Όχι

Συρραφή κυστεομητρικής ☐ Ναι ☐ Όχι **Συρραφή τοιχωματικού περιτοναίου** ☐ Ναι ☐ Όχι

Συρραφή θήκης ορθού κοιλιακού μυός με: ☐ Vicryl ☐ Dexon

Συρραφή υποδορίου ☐ Ναι ☐ Όχι ☐ Vicryl/άλλο .....

Συρραφή Δέρματος ☐ Συνεχής ☐ Μεμονωμένη ☐ Monocryl ☐ Prolene ☐ Μεταλλικά κλίπς ☐ Άλλο

Προφυλακτική αντιβίωση ☐ Ναί ☐ Όχι **Θρομβοπροφύλαξη** ☐ Ναί ☐ Όχι

Επισκόπηση ούρων μετά το πέρας της επέμβασης ☐ Διαυγή ☐ Αιματηρά

Εκτιμώμενη απώλεια αίματος:..... **ΥΠΟΓΡΑΦΗ:**.....

ΠΤΕΡΥΓΑ/ΚΛΙΝΙΚΗ:.....

ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ:.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΑΜ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:.....

Συμπληρώστε και υπογράψτε τα ακόλουθα μετά κάθε ΚΤ πριν τη μεταφορά

	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
Αιμτοκρίτης :..... g/dl	
Αντιθρομβωτικές ελαστικές κάλτσες	
Συνταγογράφηση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους (ΧΜΒΗ)	
Συνταγογράφηση ενδοφλέβιων υγρών	
Συνταγογράφηση αναλγησίας	
Δύναται να εξέλθει με μαιευτική εντολή	

Το αποτέλεσμα της επέμβασης συζητήθηκε από το Μαιευτήρα την επόμενη ημέρα ☐

Περαιτέρω συστάσεις ☐ VBAC ☐ ΚΤ

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ Προαιρετικά

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:..... **ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** .....