ISTITUTO FRANCO GRANONE C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA Anno 2016

LOBOISTMECTOMIA IN IPNOSI E BLOCCO DEL PLESSO CERVICALE IN PAZIENTE GRAVIDA AFFETTA DA SOSPETTA NEOPLASIA DELLA TIROIDE

Candidato Relatore

Dr.ssa Cristina Modesti Ch.mo Prof. Enrico Facco



Life-giving in a life-threatening process

INDICE

INDICE	pag. 2
INTRODUZIONE	pag. 3
MATERIALI E METODI	pag. 5
RISULTATI	pag. 10
DISCUSSIONE	pag. 12
CONCLUSIONI	pag. 19
BIBLIOGRAFIA	pag. 21
APPENDICE	pag. 24

INTRODUZIONE

Il cancro della tiroide è il primo tumore riscontrato nelle donne in età fertile ed il secondo diagnosticato durante la gravidanza (1, 2). La sua gestione presenta diversi ed importanti problemi diagnostico - terapeutici sia per la possibilità di crescita incontrollata, sia per gli effetti di un eventuale disfunzione ghiandolare per la futura mamma e soprattutto per il prodotto del concepimento (3,4).

Non è unanime il consenso, in caso di neoplasia, sull'indicazione ad eseguire interventi chirurgici durante la gravidanza, tuttavia si contano numerosi i casi operati in tutto il mondo sia in relazione all'aggressività ed allo stadio della malattia, sia per specifiche richieste da parte delle pazienti che temono il vissuto del loro stato nella consapevolezza di avere un tumore (5,6).

Presso la Fondazione Policlinico Universitario Gemelli di Roma (Università Cattolica del Sacro Cuore) da oltre un decennio si eseguono interventi sulla tiroide e sulle paratiroidi anche in pazienti gestanti in Anestesia Locale (blocco del plesso cervicale) associata a sedazione conscia impiegando benzodiazepine e morfinosimili a durata d'azione ultrabreve.

Considerata la particolare predisposizione delle donne in stato di gravidanza all'Ipnosi, abbiamo ipotizzato che, nella necessità di asportazione chirurgica, lo stato di trance ipnotica avrebbe potuto validamente sostituire l'utilizzo di sedativi ipnotici e morfinosimili nella gestione dell'ansia e dell'analgesia sia per l'esecuzione del blocco del plesso cervicale che in corso di tiroidectomia.

Scopo di questo studio è di descrivere il primo caso eseguito presso la nostra Istituzione di loboistmectomia destra per tumore della tiroide (Tir 4) in una paziente gravida in Anestesia Locale in Ipnosi.

Dalla revisione della letteratura scientifica, incrociando su Pub Med le parole chiave: Hypnosis, Pregnancy, Thyroid Malignancy, Local Anesthesia e Surgery non risultano pubblicati lavori scientifici su questo tipo di interventi endocrinochirurgici in pazienti gravide in Ipnosi (Pub Med).

MATERIALI E METODI

Nel maggio 2016 giungeva alla nostra osservazione una donna trentaquattrenne di origine francese (A.G.) in stato di gravidanza con diagnosi fortemente sospetta di tumore papillifero della tiroide (TIR 4) in sede paraistmica destra delle dimensioni stimate all'ecografia di circa 21 millimetri di diametro, in crescita rispetto ai precedenti controlli (Fig.1).

La paziente, il cui livello di cultura risultava medio-alto, era a conoscenza del fatto che nel Centro di Endocrinochirurgia della Fondazione Policlinico Universitario Gemelli di Roma (Università Cattolica del Sacro Cuore) si eseguivano interventi sulla tiroide e sulle paratiroidi in Anestesia Locale (blocco del plesso cervicale) associata a sedazione conscia anche su pazienti in gestazione.

Nel corso della prima visita chirurgica, la signora faceva esplicita richiesta di essere sottoposta ad asportazione della neoplasia in Anestesia Locale, avendo espresso il proprio timore riguardo gli effetti dell'Anestesia Generale sul prodotto del concepimento e non desiderando procrastinare l'intervento a dopo il parto; le veniva pertanto consigliato di eseguire una loboistmectomia destra con blocco del plesso cervicale.

L'anestesista che la avrebbe seguita durante l'intervento, nel corso di un colloquio telefonico richiesto dalla paziente, le proponeva di fare l'intervento in Anestesia Locale, senza ricorrere alla sedazione farmacologica, bensì in Ipnosi, avendo recepito il suo forte interesse ad evitare l'utilizzo di farmaci, spiegandole a grandi linee di che cosa si trattava e riproponendosi di darle maggiori chiarimenti nell'incontro in previsione dell'intervento.

Alla visita preanestesiologica veniva segnalata storia di sarcoidosi, un blocco di branca destro incompleto ed intolleranza a diverse sostanze chimiche [Atropina collirio e Citerizina Dicloridrato (Zirtec)], nonchè allergia ad acari e pollini (Figg. 2,3); questa condizione risultava potenzialmente critica riguardo l'impiego di farmaci e confortava ancor di più il ricorso ad una tecnica di sedazione non farmacologica.

Per tutti questi motivi la signora accoglieva di buon grado la proposta di eseguire l'intervento in Anestesia Locale in Ipnosi.

Pertanto, al momento del ricovero in Ospedale, il giorno prima dell'intervento, le veniva somministrato l'Hypnotic Induction Profile (HIP) per verificare il suo grado di ipnotizzabilità e la sua idoneità a mantenere la concentrazione necessaria per eseguire i compiti ipnotici.

Dall'HIP risultava un grado del profilo pari a 2 (intatto) anche se con un Eye Roll di 2 ed una risposta alla levitazione post-induzione di 2 (con 2 rinforzi) (Fig.4).

L'intervento veniva eseguito in data 7 giugno 2016 quando la paziente si trovava alla diciassettesima settimana di gravidanza e tre giorni.

Tutto il personale della Sala Operatoria coinvolto (medico e paramedico) era stato scelto tra coloro già addestrati a partecipare ad interventi con pazienti in sedazione conscia.

L'Ipnosi veniva indotta in pochi minuti e con l'impiego di pochi passi in preanestesia poco prima dell'inizio del blocco del plesso cervicale.

Previa incannulazione di una vena periferica, la paziente in stato di trance veniva condotta in Sala Operatoria dove, in seguito a posizionamento di una cannula nasale per l'erogazione di un flusso di Ossigeno (2 l/min), era sottoposta a monitoraggio multiparametrico: ECG, pressione arteriosa non invasiva, pulsossimetria e frequenza respiratoria. Il posizionamento sul lettino operatorio prevedeva l'utilizzo di cuscini sotto le spalle per ottenere un grado di iperestensione del capo tale da favorire l'esposizione del collo al fine di facilitare l'esecuzione del blocco del plesso cervicale e l'approccio chirurgico. Altri cuscini venivano posizionati sotto il cavo popliteo

consentendo alla paziente di mantenere una leggera flessione delle gambe.

Il chirurgo praticava il blocco del plesso cervicale con una miscela di Bupivacaina 0.25 % (20 ml) e Mepivacaina 0.5% (20 ml).

All'intervento chirurgico partecipava anche una Ginecologa Ostetrica che eseguiva tre ecografie pelviche per rilevare lo stato di benessere e la frequenza cardiaca fetale (BCF) prima, durante e alla fine dell'atto chirurgico (fig. 5).

Al completamento dell'intervento la paziente, perfettamente collaborante, eseguiva la manovra di Valsalva necessaria a verificare la tenuta delle legature vascolari e garantire un'emostasi ottimale del campo chirurgico; le veniva quindi dato il comando post-ipnotico per l'utilizzo dell'autoipnosi in relazione alle sue necessità, avendole suggerito l'utilità – in corso di visita preanestesiologica - ogni volta che ne avesse avuto bisogno, anche come supporto per l'espletamento del parto.

Al completamento della sutura cutanea, somministrati di 500 mg di Paracetamolo, si procedeva all'esduzione.

Per due volte durante l'intervento la donna usciva dalla trance ipnotica per assicurarsi del benessere del bambino e, una volta saputo che tutto procedeva senza problemi, vi rientrava senza difficoltà. Infine la paziente passava da sola dal lettino operatorio al suo letto e, dopo un periodo di osservazione in Recovery Room di circa un'ora, veniva trasferita in reparto dove iniziava a bere liquidi chiari; a due ore dalla fine dell'intervento chirurgico si alzava dal letto e camminava all'interno della sua stanza.

La dimissione dall'Ospedale avveniva in seconda giornata postoperatoria senza complicanze nè materne nè fetali.

RISULTATI

Nel corso dell'intervento chirurgico, della durata di circa un'ora, venivano monitorizzati in continuo i parametri cardiovascolari, respiratori, ed il battito cardiaco fetale (BCF) prima durante e dopo l'atto chirurgico.

La frequenza cardiaca materna si manteneva per tutto il periodo operatorio entro il range dei valori basali con un HR medio 75 bpm, mentre la frequenza respiratoria si attestava intorno ai 14 atti/min.

Le pressioni arteriose sistolica, diastolica e media registrate ogni cinque minuti sono mostrate nelle Figg. 6 e 7.

Il BCF si è mantenuto intorno ai 140 /minuto nelle tre rilevazioni eseguite, ed i movimenti fetali risultavano regolari.

La VAS media intraoperatoria è stata 4, mentre a fine intervento ed in Recovery Room era pari a 0 ove anche l'andamento dei parametri emodinamici e respiratori si è mantenuto entro ± 20 % dei valori basali.

Non sono stati riportati sintomi quali nausea, vomito, prurito o altre forme di malessere, nè in sala operatoria nè in seguito. Lo Score di Aldrete è stato pari a 10 per tutto il tempo di osservazione nel postoperatorio immediato (Fig.8).

Nè la donna nè il feto hanno manifestato apparentemente reazioni emodinamiche allo stress: pertanto si può dedurre che la conduzione dell'intervento che abbina all'Anestesia Locale l'Ipnosi abbia sicuramente esercitato effetti di protezione d'organo su un soggetto ad "alto peso specifico di vita".

Alla fine dell'intervento la paziente si presentava assolutamente tranquilla ed manifestava un elevato grado di soddisfazione, nella piena consapevolezza di avere fatto una cosa importante per la sua vita e soprattutto per il suo bambino, al punto che tale alla domanda se avrebbe ripetuto l'esperienza rispondeva di si senza alcun indugio.

DISCUSSIONE

Tra le donne in stato di gravidanza il tumore della tiroide presenta un'incidenza di 14 casi ogni 100.000 bambini nati vivi, secondo solo al tumore della mammella. Numerosi autori hanno sottolineato che tale patologia in donne in attesa di un figlio pone ai curanti importanti problemi gestionali in relazione alla sua progressione, ai risvolti psicologici sulla futura mamma ed agli effetti della possibile disfunzione tiroidea materna sul prodotto del concepimento (1,2,3). E' noto che l'ormone TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ed il BHCG (Beta Human Chorionic Gonadotropin), glicoproteine codificate dallo stesso gene, hanno una conformazione strutturale simile: questo fatto rende ragione della possibile interferenza degli ormoni prodotti in gravidanza sulla funzione tiroidea materna (7). E' stato infatti dimostrato che gli ormoni tiroidei materni giocano un ruolo chiave nello sviluppo degli organi ed apparati fetali in particolare del sistema nervoso; infatti patologie tiroidee come l'ipotiroidismo nelle donne in stato di gravidanza producono effetti diretti sul nascituro con riduzione, addirittura, del suo Quoziente Intellettivo (QI) (8). Riguardo alla possibilità di trattare chirurgicamente una donna gravida

affetta da tumore maligno della tiroide, nella comunità scientifica

internazionale sussistono diverse opinioni che si dividono fra l'operatività immediata e il posticipo a fine gestazione.

Da un lato diversi studi retrospettivi non randomizzati dimostrano che la maggior parte dei tumori maligni ben differenziati della tiroide nelle donne in gravidanza sia a lenta crescita e che il trattamento chirurgico si possa riservare a dopo il parto in quanto è improbabile che incidano negativamente sulla prognosi a distanza (4).

Uno studio italiano pubblicato del 2010 dimostra invece che procrastinare l'intervento in donne con diagnosi di cancro effettuata durante la gravidanza o dopo un anno dal parto, peggiora la prognosi in termini di persistenza e recidiva della malattia (9).

L'iter diagnostico-terapeutico, come indicano le linee guida delle diverse Società di Endocrinologia, va intrapreso dal Team Care (Endocrinologo, Chirurgo, Ginecologo-Ostetrico, Anestesista, Psicologo) insieme alla paziente supportata anche dai suoi familiari, vagliando accuratamente lo stadio e l'aggressività della patologia oncologica, le condizioni cliniche della donna ed offrendo, soprattutto, grande accoglienza alle sue aspettative. (6, 10,11).

A tal proposito le linee guida della Società di Endocrinologia Italiana pubblicate nel 2005 citano testualmente: "... La scelta di procrastinare l'intervento deve tuttavia tener conto della ansietà della paziente e deve

essere ampiamente discussa..." (10).

Tutte le linee guida raccomandano, in caso di diagnosi di noduli tiroidei maligni in donne in gestazione, di intervenire, qualora necessario, durante il secondo trimestre di gravidanza, dato che nel primo è più alto il rischio di teratogenicità e nel terzo quello di parto prematuro (11,12).

Pochi sono gli studi randomizzati in questo campo e la maggior parte di essi in letteratura si compone per lo più di case reports e studi di coorte storici comparati; pertanto non esistono indicazioni basate su forti evidenze circa quale sia il Gold Standard nella gestione diagnostico terapeutica della malattia: si è di fronte ad una condizione di life-giving and a life-threatening process (12).

Partendo dalla nostra esperienza di oltre 10 anni di interventi su tiroidi e paratiroidi eseguiti con la tecnica del blocco del plesso cervicale abbinato a sedazione conscia con benzodiazepine e morfinosimili a durata ultrabreve ed annoverando nella nostra casistica anche una decina di pazienti gravide, abbiamo proposto ad una paziente alla diciassettesima settimana di gestazione portatrice di sospetta neoplasia tiroidea, di eseguire l'intervento in Ipnosi.

Dal colloquio preliminare alla somministrazione dell'HIP, la paziente rivelava di avere un atteggiamento di tipo cenestesico: continui i riferimenti a sensazioni corporee, alla necessità di muoversi, al piacere di nuotare e di passeggiare.

Lo scopo dell'Ipnosi era di ottenere ansiolisi, Hypnotic Focused Analgesia (HFA) ed il controllo di eventuali reazioni neurovegetative mediante realizzazione di un Monoideismo Plastico che portasse la paziente a rivivere una situazione piacevole suggerita in corso della visita preanestesiologica.

Nello specifico la paziente è stata condotta in una spiaggia della Corsica, luogo preferito delle sue vacanze, suggerendole la sensazione di benessere che le procurava nuotare nelle acque trasparenti dell'isola.

Le è stata poi data l'istruzione di analgesia invitandola a focalizzare la propria attenzione sulla sensazione di freddo che si prova quando si gusta una bevanda ghiacciata, immaginando i piccoli pezzi di ghiaccio che rendono insensibile la bocca, una sensazione di progressivo raffreddamento che scende fino in gola, un freddo piacevole che fa perdere la sensibilità della lingua, dell'interno delle guance, dei denti, di tutto il cavo orale ed ancora più in basso di tutto il collo.... Quelle

parti del suo corpo si sarebbero "addormentate" al punto tale che le sarebbe sembrato che nemmeno il sangue ci passasse dentro...

La possibilità che uno stato ipnotico possa modificare la percezione sensoriale di una persona è utilizzata da oltre due secoli nel mondo occidentale per eseguire interventi chirurgici dolorosi (13,14).

Le modificazioni percettive in corso di Ipnosi possono arrivare potenziare a tal punto le risorse di un soggetto fino a determinarne un aumento della soglia del dolore (15): questa peculiarità è sempre di più utilizzata in ambito medico-chirurgico nella gestione di situazioni stressanti e difficilmente sopportabili che altrimenti richiederebbero il ricorso a farmaci.

L'ipnosi è utilizzata da diversi decenni nel parto con notevoli successo e benefici sia per la gestante che per il prodotto del concepimento (16). In particolare alcuni Autori hanno sottolineato il ruolo dell'Ipnosi nel favorire le manovre di rivulsione dall'esterno del feto in utero nel periodo del periparto (17,18).

Probabilmente l'ipnosi migliora il flusso placentare contribuendo alla perfusione degli organi fetali ed in ultima analisi al benessere del nascituro. Lo stato di rilassamento della madre è "apparentemente" trasmesso anche al feto ...

Tuttavia si registrano pochi sono studi sul benessere fetale in corso di interventi chirurgici su donne in stato di gravidanza: quasi tutti utilizzano in Anestesia Generale, mentre il numero di quelli condotti in Anestesia Locale accompagnata o no da sedazione è decisamente esiguo.

Lo scarso numero di queste procedure è legato a diverse ragioni: un lavoro pubblicato su Archives of Surgery nel 2009 riporta infatti un'alta incidenza di complicanze postoperatorie nelle donne in gravidanza sottoposte ad interventi chirurgici rispetto alle donne non gravide: materne, fetali, chirurgiche ed in termini di mortalità ospedaliera, mediana-ricoveri e costi (19).

In letteratura non si segnalano, comunque, studi su donne in stato di gravidanza in Anestesia Locale ed Ipnosi.

Dai dati rilevati nel presente studio si può presumere che l'Ipnosi abbia influenzato positivamente l'andamento dell'intervento chirurgico di asportazione della tiroide nella paziente evitando così il ricorso a farmaci che avrebbero potuto interferire negativamente con il feto nell'immediato e nel suo futuro sviluppo.

Il problema dell'ipnotizzabilità, e soprattutto della sua valutazione prima del trattamento, è il parametro più rilevante da includere negli studi futuri in chirurgia, essendo fino ad oggi completamente

trascurato dalla letteratura: un sistematico uso dell'HIP potrebbe portare ad una migliore previsione della fattibilità dell'ipnosi e definire con certezza se e quale soglia di score di ipnotizzabilità sia richiesta dai pazienti nei diversi tipi di chirurgia e manovre invasive, per poter affrontare efficacemente l'intervento con l'ipnosi, da sola o adiuvata da farmaci.

Questo studio suggerisce una grande sicurezza e maneggevolezza dell'ipnosi associata all'anestesia locale nella tiroidectomia della paziente gravida; del resto la letteratura scientifica internazionale ha già dimostrato con evidenza che l'ipnosi, utilizzata nel periodo perioperatorio da sola o come adiuvante dell'anestesia è in grado di migliorare l'ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)(20).

Ulteriori studi controllati su casistiche più ampie sono necessari per valutarne la reale efficacia.

CONCLUSIONI

Dalla nostra esperienza l'utilizzo di Anestesia Locale con blocco del plesso cervicale in Ipnosi ha evidenziato alcuni vantaggi sulle tecniche che utilizzano sedazioni farmacologiche.

Da un lato l'intervento si è svolto senza particolari problemi nè significative perdite di sangue; la collaborazione della paziente consentiva al chirurgo di testare "online" la sua voce ed in ultima analisi l'integrità dei nervi ricorrenti.

I tempi di occupazione della sala sono risultati ridotti del 50 % rispetto allo standard.

La futura mamma ed il nascituro non hanno manifestato segni apparenti di reazione allo stress.

Vanno segnalati ancora l'assenza di dolore in tutto il periodo perioperatorio, il minore consumo di farmaci, il rapido recupero clinico, l'idratazione e l'alimentazione precoce nonchè la riduzione dei tempi chirurgico e di ricovero ospedaliero; pertanto questa possibilità che abbina l'Ipnosi all'Anestesia Locale può rappresentare una valida e più sicura alternativa all'Anestesia Locale con sedazione farmacologica nelle donne in stato di gravidanza estendendone perciò il campo di

applicazione che ad oggi è riservato quasi esclusivamente all'espletamento del parto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Smith LH, Danielsen B, Allen ME, Cress R. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. Am J Obstet Gynecol 2003;189 (4):1128–35.
- 2) Hussein Khaled et al.: "A review on thyroid cancer during pregnancy: Multitasking is required" Journal of Advanced Research (2016) 7, 565–570
- 3) F. S. Oduncu M.D., et al.: "Cancer in pregnancy: maternal-fetal conflict "J Cancer Res Clin Oncol (2003) 129: 133–146
- 4) E. Mazzaferri: "Approach to the Pregnant Patient with Thyroid Cancer" J Clin Endocrinol Metab, February 2011, 96(2):265–272
- Association for the Diagnosis and Management of Thyroid
 Disease During Pregnancy and Postpartum" The American
 Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During
 Pregnancy and Postpartum THYROID Volume 21, Number 10,
 1081-1125, 2011
- 6) G. Vasconcelos Alves, et al.: "Prognosis of Thyroid Cancer Related to Pregnancy: A Systematic Review" Journal of Thyroid Research Volume 2011 Article ID 691719, 5 pages

- 7) Fiddes JC, Goodman HM. "The gene encoding the common alpha subunit of the four human glycoprotein hormones." J Mol Appl Genet 1981;1(1):3–18.
- 8) C. Nucera et al.: "Maternal thyroid hormones are transcriptionally active during embryo-foetal development: results from a novel transgenic mouse model J. Cell. Mol. Med. Vol 14, No 10, 2010 pp. 2417-2435
- 9) Vannucchi G, Perrino M, Rossi S, Colombo C, Vicentini L, Dazzi D, Beck-Peccoz P, Fugazzola L 2010 Clinical and molecular features of differentiated thyroid cancer diagnosed during pregnancy. Eur J Endocrinol 162:145–151
- 10) Tiroide e gravidanza. Linee guida nazionali di riferimento(2005)
- 11) Abalovich M, et al.,: "A 2007 Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline". J Clin Endocrinol Metab 92(8 Suppl):S1–S47)
- 12) Galofre' JC, et al.; "Clinical guidelines for management of thyroid nodule and cancer during pregnancy". Endocrinol Nutr 2014;61(3):130–8.

- 13) Facco E. et al.:"Hypnosis as sole anaethesia for skin tumour removal in a patient with multiple chemical sensitivity"

 Anaestesia 2013; 68:961-965
- 14) Facco E. et al.:"Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold" Int J Clin Exp Hypn 2011;59:454-468
- 15) Facco E.: "Meditazione e ipnosi tra neuroscienze, filosofia e pregiudizio" Ed. Atravista 2014
- 16) Regaldo G. :"Applicazioni dell'ipnosi al travaglio di parto umanizzato" Rass. Psicoter Ipnosi Med Psicosom Psicopat 1999; 4:61-79
- 17) Weiniger, Carolyn F: "Analgesia/anesthesia for external cephalic version" Curr. Opin. Anaesth. June 2013 Volume 26 Issue 3 -278-287
- 18) J. Reinhard el al.: "Clinical Hypnosis Before External Cephalic Version" American Journal of Clinical Hypnosis Volume 55, 2012 Issue 2
- 19) S.R. Kuy et al.: "Outcomes Following Thyroid and Parathyroid Surgery in Pregnant Women" Arch. Surg. 2009;144(5):399-406
- 20) Facco E.: "Hypnosis and anesthesia: back to the future".

 Minerva Anestesiol. 2016 Aug 30. [Epub ahead of print]

APPENDICE



Roma il 01.03.2016

ECOGRAFIA TIROIDEA

Tiroide in sede, di dimensioni nei limiti della norma con lieve prevalenza del lobo di destra (dap DX di 21.8 mm; dap SIN di 16.7 mm; spessore istmo di 4.9 mm), ad ecostruttura diffusamente disomogenea, con presenza nel contesto parenchimale di multiple millimetriche immagini ipoecogene, come è dato osservare nelle condizioni di tiroidite. Nel lobo di destra, si documenta una formazione nodulare iperecogena, delimitata da orletto ipoecogeno periferico, delle dimensioni di 21.9 mm x 16.4 mm, con vascolarizzazione peri ed intra-nodulare. Tale reperto necessita di tipizzazione citologica mediante ago-aspirato sotto guida ecografica.

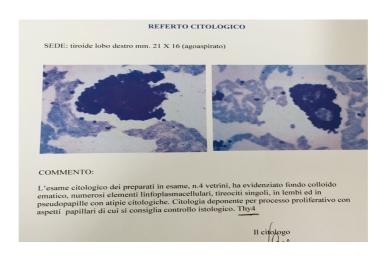


Fig.1

34 Fee 60 Affects
Deficition Illorante
Defection Ulmente
A Carrier Congenie
Visita anestesiologica
06.2016 In proceedable of one - durante il ricovero
) - Averillebure in est infants
and to a sex assument after
cono Ex famabace ha seriesso
Pl -
F.C. Mail impali (1-3): Protesi dentarie m

Fig.2

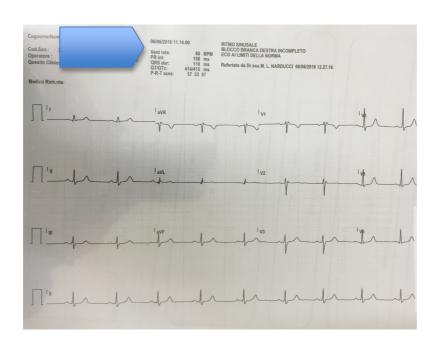


Fig.3

Hypnotic Induction Profile For od valuations

		· of to or servere				
Norme		06	206.2016	34		
Positione de	suggesto: In pied IC Supi	no 🗆 Seduto su una s	sedija 25 Sedutosu uno	agabello ()		
Precedence	ipnosi: \$ ∆ NoD; seSi, da	·	eardense HP, data			
A. Spunds	la atte:	4-3-2-	$\bigcap_{i \in A_i} A_i$	200		
8.	L. Sgrando in alto:	4-3-2-20	7 Yhii	ndo		
C	2. Strakiumo:	4-3-2-1	V			
D.	Eye ibili (3+2);	4-3-(2)1-0	1			
E. Attnaion	e di laritazione	4-3-2-1-0	Braccio DO \$25 se D, S	pecliare:		
F. Familia	la 2-1-	À	()			
G. Disection	ione (2-)1-	J	•			
H. Levinois	ne (Posilnikalime):	1				
	Sec. Heso D Sec. 1' sinfunzo 2' dinfunzo 3' dinfunzo 4' sinfunzo	0-5 0-5 0-5 0-5 4 22 0-7 3 22 0-7 1	*Segnare que or la Lev, esie suc e il movin protrae fino a	is centro S HISTO DÍ		
L lifterencia	ule di controlle: (2-)1-	1	-0			
1. Oat-off:	2(1.)	1\				
K. Amnesia a	~		- 8- No	test CI		
L Semailor	gallegylaments: 2)1.					
Minut		ľ				
Grade del pretto: 5 - 4 - 3(2) 1 - 0						
6. 60 6. 40	21 21	< 5 (4, 184) D	• •	6 6 8		
	15 = 8	Prestregile E	16=10.5			
Score Inchesion (Parameters.); 11	ne (6-)(Hololol); udo-3,5-7,5; alor 7,5-10	Source Indusione Extra	em (Gestelelele (SEes):			

Fig.4

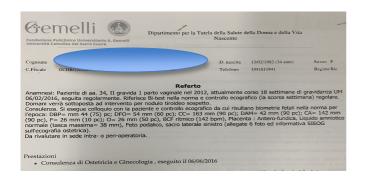






Fig.5

Fig.6





Gemelli Fondazione Policilnico Università Università Cattolica del Sacro Co Largo Agostino Gemelli 8, 00 T+39 06 30 15 1 · www.polic	Fasiente frant	Cartella clinica N. 0 8782243 Reparto Solution 1 Data 07.06.2016				
Scheda di Anestesia						
		21				
Cognome e nome T Età 34 Peso kg 65 Altezza cm Superf. corp. m² Diagnosi Nu prunasti ru trì not dec Intervento lockoris huucho lucia dix Operatore Prof. Countruali Anestesista En Madesh						
Condizioni preoperatorie	Condizioni preoperatorie: pressione 105 65 polso 38 bm sangue gli rossi glicemia Urine					
	EKG Net Diwiti	gl. bianchiaz. ureico				
Premedicazione:		tempo				
Anestesia generale	Induzione	,				
	intubazione:t	ubo:blocco bronchiale				
	mantenimento: agente principale:	agenti, accessori				
	1 1 1 100	ca { Austeria locali (locquita dal dirug o mitoriori				
Risveglio:	Estubazione:	vomito. Alsente varie Montantas NIBP,				
ore 2 30	1200 1230 11.00	, III 30 20 15 00 50 1535 002, ECOPETAL				
Note 250 240 E 230		NOTE USel Dicholaule sog				
V 180		2 well win. (Mossbraffs 10) del BCF				
170		Mowbraffs 10 del BCF 3 Fanocitamels =				
150 150 140 130 120 110						
9/2/. »	X					
os 60 A						
30						
Piano II						
del III III stadio III						

Fig.7



DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

U.O.C. Anestesia, Terapia Intensiva Postoperatoria e Terapia del Dolore

Scheda di Recovery Room

Diagnosi Neoformacione finarde u pe favide.									
Intervento DOISTUI POUL COIX Anestesista MCCIPAC									
Compression San Consultation - BAN T hado							3		
Comorbidità Sallofolost - BAV I hado Allergie Atrophico collinio - Zintec - Acont Pollici									
Data: 07-06-2016 Orario di arrivo: 14 '. 15							15		
Condizioni Generali: Outro	Т ^	PA FC			SpO ₂	ui aii	100.	14	
1415 1515	11615	113.0	T						T.,
15 30 45 60 15 30 45 60	 	Aldrete Score	IN	30	60	30	60	30	60
		Capace di muovere 4'arti 2		0	0				
250	+	Capace di muovere 2 arti 1 Incapace di muovere 0	12	7	17				
240		Incapace di muovere 0				. ,			
220		Respira e Tossisce 2	0	0					
210		Dispnea con buona pervietà 1 Apnea/Ostruzione 0	1	7	2				
190									
190	 	PA +/- 25% Pre-anestesin 2 PA +/- 25-50% Pre-anestesia 1	121	\sim					
170		PA +/- 50% Pre-anestesia 0	1	2	/				
150			-		_			-	
140	++++	Orientato 2 Soporoso ma risvegliabile 1	h.l	9					
130		Non Risponde 0	14	1	1				
110	+++			-	-	-	-	-	
100		Normale 2 Pallido/Rosso/Ittero 1	121	9	0				
80 00 00 00 D		Cianotico 0		_	1				
1 7 X X X A		Prostancia Tetaler	10	10	1	_	-	-	
50		Punteggio Totale:	10	10	10		_	_	-
40	 	- VAS		/	/				
Tringcalins		PONV	/	/	/				
		Perdite Ematiche							
Diuresi IV _{ter} mi		O ₂ Terapia:							
Ten un	Fam	maci/Fluidoterapia							
Ora Farmaco/Soluzion		Dose/ml Ora	Farms	aco/So	luzione				Dose
Ora Farmaco/Soluzion								$\overline{}$	
							-		
									
								- 1	
Consegne per il reparto Terapia Farmacologica:									
O2 Terapia:									
Esami ematochimici e strumentali:									
Dimensor dalla Recovery Room alle ore: 5 dal Dottor Manifesta							·		

Fig. 8