

VALORACIÓN POSTOPERATORIA FÍSTULA TRANSESFINTERIANA

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

Nº HISTORIA _____ EDAD _____

DIAGNÓSTICO Fístula Transesfinteriana

DÍA DE CIRUGÍA _____ Nº HILOS _____

DOLOR

DÍA 1º ANUDADO _____

DÍA 2º ANUDADO _____

DÍA 3º ANUDADO _____

DÍA 4º ANUDADO _____

DÍA 5º ANUDADO _____

DÍA 6º ANUDADO _____

EVALUACIÓN FINAL

	SI	NO
CICATRIZACIÓN COMPLETA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INCONTINENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HECES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANCHADO ROPA INTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPURACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº DEPOSICIONES DIARIAS	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

PRE

WEXNER SCORE _____

POST
