

**Książka
Rejestr zabiegów
operacyjnych**

Wa-Bu-10 **IMPACT** Mysłowice, tel./fax: (032) 762 45 01

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ	Nr kolejny
NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA	DATA OPERACJI
PESEL lub DATA URODZENIA	ODDZIAŁ

RODZAJ OPERACJI

.....

NUMER SALI OPERACYJNEJ	CZAS TRWANIA	POCZĄTEK	KONIEC
	ZNIECZULENIA		
	OPERACJI		
ZNIECZULENIE WYKONAŁ			
RODZAJ ZNIECZULENIA			
OPERATOR			
ASYSTA			
INSTRUMENTARIUSZKA/I			
ZMIANA W TRAKCIE DYŻURU			

CZAS POBYTU, OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA OPIEKĘ PACJENTA W SALI WYBUDZEŃ

.....

UWAGI DOTYCZĄCE OPERACJI

BILANS NARZĘDZI I MATERIAŁU OPATRUNKOWEGO LUB OPIS NIEZGODNOŚCI

.....

.....

.....