KSIĄŻKA ZABIEGÓW PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

Nr ks. gł. ..... Nr kol. pacj. ..... Nr ks. oddz. ..... Nr kol. oper. .....

DATA URODZENIA - NR EWIDENCYJNY PESEL

ROK MIESIĄC DZIEŃ CYFRY EWIDENCYJNE

NAZWISKO	IMIONA	Kod identyfikacyjny oddziału
ADRES ZAMIESZKANIA	Płeć (K,M)	

..... rozpoznanie przedoperacyjne

..... lekarz kierujący (identyfikator, podpis)

..... lekarz kwalifikujący do zabiegu (identyfikator, podpis)

..... kto wyraził zgodę na zabieg

..... przybył dnia

..... operowany dnia

..... na sali

GODZINA, MIN. ..... rozpoczęcia zabiegu

..... zakończenia zabiegu

..... rozpoczęcia znieczulenia

..... zakończenia znieczulenia

Znieczulenia dokonał	Rodzaj znieczulenia	Czas znieczulenia	Czas trwania operacji

Rodzaj i przebieg zabiegu operacyjnego (szczegółowy opis):

Asysta, identyfikator, podpis

..... Anestezjolog, identyfikator, podpis

..... Operator, identyfikator, podpis

.....

.....

.....

Instrumentariusze, identyfikator, podpis

.....

.....

Zlecone badania diagnostyczne .....

Zastosowane protezy .....