

В-057

Nr Księgi Głównej.....	Nr Księgi Oddziałowej .....	Kolejny Nr operacji .....										
Nazwisko i imię .....	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Rozpoznanie przedoperacyjne .....												
.....												
.....												
Czy uzyskano zgodę na operację .....												
.....												
<p>.....</p> <p>(pieczęć i podpis lekarza kierującego na zabieg operacyjny)</p>												
Przybył(a) dnia ..... Operowany(a) dnia ..... na sali Nr .....												

Znieczulenia dokonał	Rodzaj znieczulenia	Ilość	Czas trwania narkozy od - do (dzień, godzina, minuta)	Czas trwania operacji od - do (dzień, godzina, minuta)

.....  
(podpis lekarza anestezyjologa)

Operujący: ..... (imię i nazwisko) ..... (podpis) Asystenci: ..... (imię i nazwisko) .....  
..... (imię i nazwisko) .....  
..... (imię i nazwisko) .....  
..... (imię i nazwisko) .....  
..... (imię i nazwisko) .....  
Instrumentariuszka: ..... (imię i nazwisko) .....

Rodzaj i przebieg operacji:

Rozpoznanie pooperacyjne:

Zlecone badania diagnostyczne:

**podpis operującego**

Nr Księgi Głównej..... Nr Księgi Oddziałowej ..... Kolejny Nr operacji .....

Nazwisko i imię ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rozpoznanie przedoperacyjne .....

Czy uzyskano zgodę na operację .....

(pieczęć i podpis lekarza kierującego na zabieg operacyjny)

Przybył(a) dnia ..... Operowany(a) dnia ..... na sali Nr .....

Znieczulenia dokońcał	Rodzaj znieczulenia	Ilość	Czas trwania narkozy od - do (dzień, godzina, minuta)	Czas trwania operacji od - do (dzień, godzina, minuta)

(podpis lekarza anesteziologa)

Operujący: ..... (imię i nazwisko) ..... (podpis) Asystenci: ..... (imię i nazwisko) .....

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

(imię i nazwisko)

Instrumentariuszka: ..... (imię i nazwisko) .....

(imię i nazwisko)

Rodzaj i przebieg operacji:

Rozpoznanie pooperacyjne:

Zlecone badania diagnostyczne:

podpis operującego