

CARTELLA CLINICA PER INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

DATI DEL SANITARIO CHE EFFETTUA LA PRESTAZIONE

**D
A
T
I

A
S
S
I
S
T
I
T
O**

Nome e Cognome

Nato/a il..... Residente a.....

Via.....

Tel..... Cell.....

Anamnesi fisiologica.....

.....

Anamnesi patologica remota.....

.....

Anamnesi patologica prossima.....

.....

Esame obiettivo.....

.....

.....

.....

**I
N
T
E
R
V
E
N
T
O**

Inizio ore..... Fine ore.....

Descrizione.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medicazione.....

.....

Anestesia..... quantita'

Operatore.....

Aiuto operatore.....

Anestesista.....

esame istologico: si no

Complicazioni durante l'intervento.....

.....

.....

Complicazioni dopo l'intervento.....

.....

.....

DATA..... FIRMA.....