

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.....