REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN 1
MONDOVÌ – CEVA
PRESIDIO OSPEDALIERO di CEVA

Divisione ……

N° Prog. anno		N°. Prog. mese		☐ Amb. ☐ Amb.E.T. ☐ Dh. ☐ Ord. ☐ Urg.

Data intervento ……..….. Ora inizio …….. Ora fine ……..……

Cognome e nome ……

Nato a …… il ……..…

Diagnosi clinica …….

Diagnosi operatoria ……..

Intervento ……..

Descrizione dell'intervento ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

STRUMENTISTA	ANESTESISTA	TIPO DI ANESTESIA

CHIRURGHI	FIRMA PRIMO OPERATORE