(pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

PROTOKÓŁ OPERACYJNY

Nr kolejny pacjenta w księdze.....

Kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał.....

Imię i nazwisko pacjenta.....Pesel.....

Rozpoznanie przedoperacyjne.....

.....

....

(oznaczenie lekarza kierującego na zabieg, a w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu) (oznaczenie lekarza kwalifikującego na zabieg)

Zabieg/operację rozpoczęto.....godz.....min..... w systemie 24. godzinnym

(rok) (miesiąc) (dzień)

Zabieg/operację zakończono .....godz.....min.....w systemie 24. godzinnym

(rok) (miesiąc) (dzień)

Rodzaj i przebieg zabiegu/operacji:.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu, operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zlecone badania diagnostyczne.....

.....

☐ nie pobrano materiału do badań ☐ pobrano materiał do badań (opis pobranego materiału) .....

.....

Rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta - szczegółowy opis.....

.....

.....

.....

(pieczątka i podpis anestezjologa)

Skład zespołów operacyjnego/zabiegowego i anestezjologicznego:

Operujący..... Asystenci .....

(pieczątka i podpis osoby kierującej wykonaniem zabiegu) (pieczątka i podpis)

Instrumentariuszki..... .....

(pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

....

(pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

Anestezjolog..... Pielęgniarka anestezjologiczna.....

(pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

Admed® MEDICAL PARTNER

Nr kolejny pacjenta w księdze.....

Kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał.....

Imię i nazwisko pacjenta.....Pesel.....

Rozpoznanie przedoperacyjne.....

.....

....

(oznaczenie lekarza kierującego na zabieg, a w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu) (oznaczenie lekarza kwalifikującego na zabieg)

Zabieg/operację rozpoczęto.....godz.....min..... w systemie 24. godzinnym
(rok) (miesiąc) (dzień)

Zabieg/operację zakończono .....godz.....min.....w systemie 24. godzinnym
(rok) (miesiąc) (dzień)

Rodzaj i przebieg zabiegu/operacji:.....

.....

.....

Szczegółowy opis zabiegu, operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zlecone badania diagnostyczne.....

.....

☐ nie pobrano materiału do badań ☐ pobrano materiał do badań (opis pobranego materiału)

.....

.....

Rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta - szczegółowy opis.....

.....

.....

.....
(pieczątka i podpis anestezjologa)

Skład zespołów operacyjnego/zabiegowego i anestezjologicznego:

Operujący..... Asystenci .....
(pieczątka i podpis osoby kierującej wykonaniem zabiegu) (pieczątka i podpis)

Instrumentariuszki..... .....
(pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

....
(pieczątka i podpis) (pieczątka i podpis)

Anestezjolog..... Pielęgniarka anestezjologiczna.....