AUSL 4 TERAMO
Il meglio è nel tuo territorio

REGIONE ABRUZZO - AUSL 4 - PRESIDIO OSPEDALIERO DI:

U.O.C./ U.O.S.D/ U.O.S. DI CHIRURGIA**:**

DIRETTORE/ RESPONSABILE**:**

Timbro e Firma

LISTA OPERATORIA (tre copie) DEL

DALLE ORE

ALLE ORE

N. ORD	NOME PAZIENTE DATA DI NASCITA	INTERVENTO CHIRURGICO	Cod. Int **ICD-9-CM**	1°OPERATORE CHIRURGO	2°OPERATORE CHIRURGO	TEMPO INT PRESUNTO	POSIZIONE PAZIENTE	ATTREZZATURE SUPPLEMENTARI	CVC SI / NO	Sangue SI / NO	**T.I.** SI / NO	Allergie SI /NO

NOMI PAZIENTI RINVIATI	MOTIVAZIONI

LEGENDA:CVC=catetere venoso centrale; T.I. richiesta disponibilità di posto in terapia intensiva per il paziente

Revisione 00 del 10.01.2015