

(14)

(15)

**KSIEGA BLOKU  
(SALI OPERACYJNEJ)**

ZABIEG OPERACYJNY Nr ..... dn. .... sala operacyjna Nr: .....

Imię i nazwisko chorego : ..... wiek: .....

PESEL: ..... Nr ks. gł. .... Nr ks. oddz. .... Przyj. dn. ....

Rozpoznanie przedoperacyjne: .....

Lekarz kierujący: ..... ZOZ: .....

Lekarz kwalifikujący: .....

Zabieg operacyjny od godz.: ..... min. .... do godz.: ..... min. ....

Operator: ..... Asysta: .....

instrumentariuszka: .....

Anestezjolog: ..... Rodzaj znieczulenia i opis: .....

Plgn. anestezjolog: .....

Rodzaj zabiegu: .....

Przebieg zabiegu: .....

Rozpoznanie pooperacyjne: .....

Zalecenia:

Podpis operatora: