

# 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.....