HOSPITAL MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

_____ CLÍNICA_____

GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NAVIRAÍ-MS

"Sua saúde em boas mãos"

NOME			Nº REGISTRO
OPERADOR		1º ASSISTENTE	
2º ASSISTENTE	3º ASSISTENTE	INSTRUMENTADOR	
ANESTÉSICOS		ANESTESIA	
ANESTESISTA	DATA DA OPERAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			
OPERAÇÃO / TIPO			
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
ACIDENTES DURANTE A OPERAÇÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(TÉCNICA, LIGADURAS, SUTURAS, DRENAGEM, FECHAMENTO)

_____

ASSINATURA DO MÉDICO

cód: 20923