

**KSIĘGA BLOKU
(SALI OPERACYJNEJ)**

od 11.02.2015

do

203

Imię i nazwisko / PESEL *											

Lekarz kierujący na zabieg / operację **:

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Lekarz kwalifikujący na zabieg / operację:

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Skład zespołu operacyjnego lub zabiegowego:
Operujący:

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Anestezjolog:

.....
(podpis)

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Asystent:

.....
(podpis)

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Asystent:

.....
(podpis)

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Instrumentariuszka:

.....
(podpis)

.....
(oznaczenie zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

.....
(podpis)

Rozpoznanie przedoperacyjne

Zabieg/operację rozpoczęto:

(rok)				(miesiąc)		(dzień)	

godz. min.

Zabieg/operację zakończono:

(rok)				(miesiąc)		(dzień)	

godz. min.

Rodzaj i przebieg zabiegu/operacji:

Szczegółowy opis zabiegu / operacji z rozpoznaniem pooperacyjnym

Rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta - szczegółowy opis

.....
oznaczenie lekarza anestezjologa (zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d)

Zlecone badania diagnostyczne

* - w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

** - w przypadku, gdy kierującym jest inny podmiot podać oznaczenie tego podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1