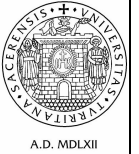




**AOU Sassari**



**SCHEMA GESTIONE INTRAOPERATORIA**

Sala N° \_\_\_\_\_

**Identificazione del paziente**

Responsabile dell'identificazione del paziente:

Ora \_\_\_\_\_

Firma Chirurgo \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Firma Anestesista \_\_\_\_\_

Ora \_\_\_\_\_

Firma Infermiere sala operatoria \_\_\_\_\_

Diagnosi chirurgica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Utilizzo piastra SI  NO  Sede anatomica \_\_\_\_\_ Lato: DX  SX

Srumentario:  Generico  Specifico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Invio campione chirurgico**

Campione per istologia  SI  NO \_\_\_\_\_

Campione per microbiologia  SI  NO \_\_\_\_\_

Firma infermiere di sala \_\_\_\_\_

Firma chirurgo \_\_\_\_\_