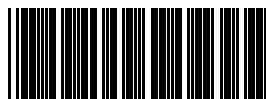


COMPTE RENDU OPÉRATOIRE



DT9028

Nom de l'établissement	Date de l'opération
Diagnostic préopératoire	
Opération projetée	Diagnostic postopératoire
Opération pratiquée	
<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Propre contaminé <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Infecté	

COMPTE RENDU (Incision, constatations, techniques, sutures, drains, fermeture)

Pointer, s'il y a suite sur 2^e formule

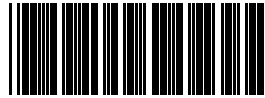
Évaluation des pertes sanguines (mL)	Date de la dictée	Date de la transcription
Anesthésistes		
Chirurgien	Assistants 1 ^{er}	2 ^e

Date

A	M	J							

Signature du chirurgien

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE



DT9028

Nom de l'établissement	Date de l'opération
Diagnostic préopératoire	
Opération projetée	
Opération pratiquée	

Diagnostic postopératoire

Propre Propre contaminé Contaminé Infecté

COMPTE RENDU (Incision, constatations, techniques, sutures, drains, fermeture)

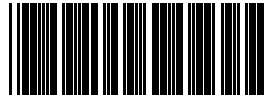
Pointer, s'il y a suite sur 2^e formule

Évaluation des pertes sanguines (mL)	Date de la dictée	Date de la transcription
Anesthésistes		
Chirurgien	Assistants 1 ^{er}	2 ^e

A M J

Signature du chirurgien _____ Date | | | | | | | | | |

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE



DT9028

Nom de l'établissement		Date de l'opération	
Diagnostic préopératoire			
Opération projetée		Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée			
<input type="checkbox"/> Propre		<input type="checkbox"/> Propre contaminé	
<input type="checkbox"/> Contaminé		<input type="checkbox"/> Infecté	

COMPTE RENDU (Incision, constatations, techniques, sutures, drains, fermeture)

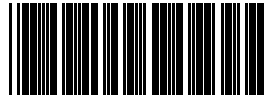
Pointer, s'il y a suite sur 2^e formule

Évaluation des pertes sanguines (mL)		Date de la dictée	Date de la transcription
Anesthésistes			
Chirurgien	Assistants 1 ^{er}		2 ^e

A M J

Signature du chirurgien _____ Date | | | | | | | | | |

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE



DT9028

Nom de l'établissement	Date de l'opération
Diagnostic préopératoire	
Opération projetée	Diagnostic postopératoire
Opération pratiquée	
<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Propre contaminé <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Infecté	

COMPTE RENDU (Incision, constatations, techniques, sutures, drains, fermeture)

Pointer, s'il y a suite sur 2^e formule

Évaluation des pertes sanguines (mL)	Date de la dictée	Date de la transcription
Anesthésistes		
Chirurgien	Assistants 1 ^{er}	2 ^e

A M J

Signature du chirurgien _____ Date | | | | | | | | | |