



INTERVENTION :

DATE :

OPERATEUR : **Dr CLOUET D'ORVAL**

Salle :

Anesthésiste :

PATIENT F M Poids > 130 kg Urgence < 6h 6h < Urgence < 72h

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

Date consultation chirurgicale :

PRENOM :

Date consultation anesthésie :

DATE DE NAISSANCE :

Durée intervention :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

CODE ACTE CCAM :

 AMBULATOIRE HOSPITALISATION COMPLETE EXTERNE

DATE D'ENTREE :

DATE DE SORTIE :

 Chambre particulière Lit accompagnant AUTORISATION D'OPERER Contrôles biologiques pré-op à faire le matin

Anesthésie	AG	Ra P.	Plexi (KT)	Plexi (-)	P.B.	Top	SD	AL
Souhaité par le chirurgien								
Proposé par l'anesthésiste								

Consignes médico-chirurgicales Propre Propre/Contaminé Contaminé Sale

Coté opéré :

Voie d'abord :

Facteur de risque principal :

A.T.N.C. 1 2 3 Allergies au latex Allergies à l'iode Creutzfeld-Jacob Prévention AES Intubation difficile Transfusion homologue réserve autologue Extemporée, heure : Scopie

Matériel et ancillaire à prévoir

Points particuliers signalés par le chirurgien (signature)

Points particuliers signalés par l'anesthésiste (signature)

(Les champs en gras et majuscules sont impératifs pour une bonne gestion du patient)