

Prenotazione sala operatoria per senologia (OIL)

Da inviare per fax al no: 091 811 63 93

Nome:
 Cognome:
 Data di nascita:
 Indirizzo:

 Tel:..... Cel:
Etichetta

Cassa malati:

Sezione:

Classe: 1 2 3

Ambulante

Degente

Data entrata/ricovero:

giorno dell'intervento, 07h.00

giorno precedente l'intervento

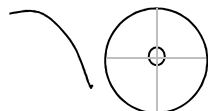
Data intervento:

Durata intervento:

Chirurgo/i operatore/i:

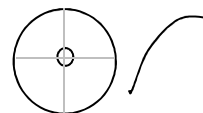
INTERVENTO SENO:

Destra



- Tumorectomia
 - Repere radiologico preoperatorio
 - Radiografia intraoperatoria
- Quadrantectomia
- Linfonodo sentinella
 - Esame estemporaneo
 - Ev. dissezione ascella si no
- Dissezione ascellare
- Mastectomia
 - Tipo:
- Ricostruzione
 - Lembo
 - Expander
 - Protesi
 - Altro:
- Rimodellamento
- Altro:

Sinistra



- Tumorectomia
 - Repere radiologico preoperatorio
 - Radiografia intraoperatoria
- Quadrantectomia
- Linfonodo sentinella
 - Esame estemporaneo
 - Ev. dissezione ascella si no
- Dissezione ascellare
- Mastectomia
 - Tipo:
- Ricostruzione
 - Lembo
 - Expander
 - Protesi
 - Altro:
- Rimodellamento
- Altro:

Posizione paziente: supina laterale destra laterale sinistra altro:

Materiale speciale per sala / altro:

Allergie: no si:

Malattie trasmissibili: no si:

Profilassi anticoagulante: Fragmina Eparina intraop. Altro:

Antibiotici: Kefzol Zinacef Metronidazolo Altro:

Type and Screen N° concentrati eritrocitari: Altro:

Nome e firma del medico: Data:

