

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

BLOCCO OPERATORIO	N. SALA	DATA INTERVENTO
-------------------	---------	-----------------

**CONTEGGIO GARZE E TAMPONI**

	Misura	Firma	Misura	Firma	Misura	Firma	Misura	Firma	Misura	Firma	Misura	Firma	Misura	Firma
Conta garze <u>iniziale</u> N°														
Garze " <u>caricate</u> " N° durante l'intervento chirurgico														
Totale garze caricate N°														
N° garze utilizzate														
Totale finale N° <i>(alla chiusura della ferita)</i>														

	SI	NO	N.A.	Firma strumentista	Firma Infermiere	Firma Medico
Conteggio chiusura organi cavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conteggio chiusura peritoneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conteggio cambio equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conteggio finale corrispondente/ conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-			
Se no controllo radiologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-			
Eseguito tamponamento con garze <i>(Packing)</i> Garze utilizzate N.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-			
	.....	-	-			

	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

BLOCCO OPERATORIO	N. SALA	DATA INTERVENTO
-------------------	---------	-----------------

**CONTEGGIO AGHI E TAGLIENTI**

	Aghi	Firma	Aghi	Firma	Aghi	Firma	Aghi	Firma	Aghi	Firma	Taglienti	Firma	Taglienti	Firma	
Conteggio aghi/taglienti iniziale N°															
N° aghi/taglienti "caricati" durante l'intervento chirurgico															
Totale aghi/taglienti caricati N°															
N° aghi/taglienti utilizzati															
Totale finale N° <i>(alla chiusura della ferita)</i>															

	SI	NO	N.A.	Firma strumentista	Firma Infermiere	Firma Medico
Conteggio chiusura organi cavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conteggio chiusura peritoneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conteggio cambio equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Conteggio finale corrispondente/ conforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-			
Se no controllo radiologico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-			