

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Établissement :	Date de l'opération:
Diagnostic préopératoire :	
Diagnostic postopératoire :	
Opération projetée :	
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)	
Large empty area for the surgical report content	
Date de la dictée :	Date de la transcription : Pointer, s'il y a suite sur 2^e formule <input type="checkbox"/>
Évaluation des pertes sanguines : _____ (ml)	Assistant 1 : _____
Anesthésiste : _____	Assistant 2 : _____
Signature du chirurgien responsable	Nom du chirurgien en lettres moulées
	N ^o de permis
	aaaa / mm / jj