

	Direzione Sanitaria SEGNALAZIONE COMPLICANZE Post operatorie	Mod. 0141	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: Evento avverso	
		Rev. 02	del 11/10/2024

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE: _____

NATO IL: _____ N° Cartella Clinica: _____

MEDICO CURANTE: _____ REPARTO DI DEGENZA: _____

RICOVERATO IL: _____ DIMESSO IL: _____

INTERVENTO IL: _____ DI: _____

EVENTO AVVERSO POST OPERATORIO

☐ INFEZIONE _____

TEMPO INTERCORSO DALL'INTERVENTO CHIRURGICO: _____ gg

NOTE:

TERAPIA EFFETTUATA e/o PROVVEDIMENTI ADOTTATI: _____

PROVENIENZA: _____

Data _____

Firma _____