

MODULO DI TRACCIABILITÀ STRUMENTARIO CHIRURGICO, STRUMENTARIO IN DOPPIA BUSTA E DISPOSITIVI MONOUSO

COGNOME E NOME PAZIENTE _____

RI

DATA INTERVENTO _____

SALA OPERATORIA DI _____

CONTAINER	STRUMENTARIO IN DOPPIA BUSTA - IN	OUT
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>