

	Post operatorio VISITA CONTROLLO POST OPERATORIO DAY SURGERY - INT. AMBULATORIALE	Mod. 0068	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: prima visita	
		Rev. 00	del 14/10/2024

COGNOME: _____ NOME: _____

Nato/a il: _____ a: _____

Sottoposto in data: _____ ad intervento chirurgico di: _____

Sottoposto in data odierna a: ☐ VISITA DI CONTROLLO ☐ MEDICAZIONE

ha presentato un post operatorio: _____

Note eventuali e/o ulteriori accertamenti richiesti: _____

Luogo _____, li _____

Firma Chirurgo