



| SALA N _____ | | segnare con una X le attività svolte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DATA (gg/mm/aaaa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| n. INTERVENTI GIORNALIERI | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| INIZIO SEDUTA OPERATORIA | SCIALITICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | WORK STATION ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MONITOR MULTIP. E CAVI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LETTO OPERATORIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ASPIRATORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TAVOLO MADRE E SERVITORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA OSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRA 2 INTERVENTI | SCIALITICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | WORK STATION ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MONITOR MULTIP. E CAVI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LETTO OPERATORIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ASPIRATORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TAVOLO MADRE E SERVITORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA OSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FINE SEDUTA OPERATORIA | SCIALITICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | WORK STATION ANESTESIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MONITOR MULTIP. E CAVI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LETTO OPERATORIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ASPIRATORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TAVOLO MADRE E SERVITORE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA OSS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma Coordinatore o suo delegato _____