

Traitement chirurgical :

Nom du chirurgien :

Date de l'intervention :/...../201...

Type de chirurgie :

Etablissement :

Surveillance :

Examen clinique :

Examens biologiques :

Examens radiologiques :

Autres informations :

Dispositif d'accompagnement sollicité : Oui Non


.....

.....

Médecin spécialiste référent :

..... 

Médecin généraliste :

..... 

Personne à prévenir :

..... 

Service de chirurgie :

..... 

Dispositif d'annonce :

..... 