Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Formulário HCFAMEMA		
Relatório da Operação		
Código: HCF-CIRGR-FOR-1	**Revisão:** 1	

_____ CLÍNICA _____

Nome:		Nº do Registro:	
Operador: (Nome Completo)		1º Assistente:	
2° Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Data da Operação:	Início:	Fim:
Diagnóstico Pré Operatório:			
Operação Tipo:			
Diagnóstico Pós Operatório:			
Relatório Imediato do Patologista:			
Acidentes Durante a Operação:			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (TÉCNICA, LIGADURAS, SUTURAS, DRENAGEM FECHAMENTO)			