



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

DPTO. DE ANESTESIA
Y CENTRO QUIRÚRGICO

INFORME OPERATORIO

Hist. Clín.: _____

Servicio: _____

Piso: _____

Cama N°: _____

NOMBRE: _____

CIRUJANO: _____ ANESTESIÓLOGO: _____

AYUDANTES: _____ Tipo de anestesia: _____

Asistente(s): _____ Medicación usada: _____

Residente(s): _____ Tiempo operatorio: _____ hrs.

Interno(s): _____ Fecha: _____

Instrumentista: _____ Hora: _____

Perfusionista: _____ Tipo de Cirugía: _____

Auxiliar de Sala: _____ Posición del paciente: _____

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: _

DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO: _

OPERACIÓN REALIZADA: _

HALLAZGOS:

Condición de la herida operatoria:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: