

Studienzentrum:						OP:				
CONTRAfluran Filter ID	CONTRAfluran Filter Nr.	Sevofluran Flasche Nr.	Datum (Beginn Narkose)	Beginn (Öffnung Vapor; Uhrzeit)	Ende (Extubation; Uhrzeit)	Inhalative Narkose?	FGF (l/min; nach 15 min)	Atemweg (LMA/ Tubus/ Trachealkanüle)	Laparo- skopische OP?	Kommentar/ Besonderheiten (Filterwechsel/inhalative Einleitung/...)
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	
CH _____	__	__	__ . __ . __	__ : __	__ : __	<input type="checkbox"/>	__, __	L / T	<input type="checkbox"/>	