

Date de l'intervention:.....  
 Heure de l'acte:.....  
 Nom et prénom du malade :.....  
 Date de naissance:.....  
 Numéro de matricule:.....  
 Diagnostic clinique: .....  
 Type d'intervention:.....  
 Opérateur:.....  
 Aide opérateur:.....  
 Médecin anesthésiste réanimateur.....  
 L'équipe de soins:.....

Type et Code de l'acte:

Vignettes:

Partie fixe

Partie détachable (confidentielle à garder au sein de l'établissement).

**Compte rendu de l'acte d'anesthésie réanimation:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Signature+tampon

Signature+tampon

**Compte rendu de l'acte opératoire:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Signature+tampon

Signature+tampon