

**S.S.N. REGIONE PIEMONTE - A.S.L. CITTA' DI TORINO - OSPEDALE MARIA VITTORIA**

N. progr. generale	Cognome e nome _____ a. _____		Data intervento
	Indirizzo: _____		
Int. Urgente	Diagnosi: _____		
	Intervento: _____		
Int. Elezione	Descrizione dell'intervento: _____		
Istologico	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
Operatori		Anestesisti	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	