Załącznik Nr 3 do umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sprawozdanie z działalności pionu anestezjologicznego** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | za miesiąc | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ZNIECZULENIA - BLOK OPERACYJNY | | | |  | ILOŚĆ ZABIEGÓW | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Oddział Urologiczny | | |  |  |  |  |  |
| 2. | Oddział Chirurgiczny | | |  |  |  |  |  |
| 3. | Oddział Chir. Naczyn. | | |  |  |  |  |  |
| 4. | Oddział Neurochirurgiczny | | |  |  |  |  |  |
| 5. | Oddział Ortopedyczno – Urazowy | | | |  |  |  |  |
| 6. | Oddział Ginekologiczno – Położniczy | | | |  |  |  |  |
|  |  |  | + Cięcia Cesarskie | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | SUMA: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ZNIECZULENIA INNE | | |  |  |  |  |  |
|  | (sala porodowa, SOR, OIOK, zab. Ginekologia, itp.) | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | PROCEDURY INNE | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. | Wkłucia centralne | | |  |  |  |  |  |
| 2. | Wkłucia obwodowe | | |  |  |  |  |  |
| 3. | Konsultacje | |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Reanimacje | |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Inne |  |  |  |  |  |  |  |