|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wydaje się lekarzowi/lekarzowi dentyście odbywającemu specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Nr ewiden- cyjny** | **Data** | **Wiek  pacjenta** | **ASA** | **Rodzaj zabiegu** | **Technika znieczulenia1** | **Rodzaj  nadzoru2** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | *1Technika znieczulenia* | | | *2Rodzaj nadzoru* | *pieczątka i podpis kierownika specjalizacji kierownika stażu kierunkowego* | |
|  | **og.** - ogólne |  |  | **sam.** - samodzielnie |
|  | **zo.** - zewnątrzoponowe | |  | **współ.** - współudział |
|  | **pp** - podpajęczynówkowe | |  |  |
|  | **bn** - blokady nerwów | |  |  |