INFORME QUIRURGICO

HOSPITAL [illegible]

		N° HISTORIA CLINICA
		[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
1° APELLIDO	2° APELLIDO	NOMBRE
EDAD	CAMA N°	TIPO DE ATENCION
[illegible]		[illegible]

CIRUJANO	[illegible]	1ER AYUDANTE	[illegible]
2° AYUDANTE	NO APLICA	ANESTESIOLOGO	NO APLICA
INSTRUMENTADORA		CIRCULANTE	INSTITUCIONAL

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	VARICOCELE IZQUIERDO	CODIGO CIE: I861
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO	VARICOCELE IZQUIERDO	CODIGO CIE: I861
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO		CODIGO CIE:

INTERVENCION PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA

FECHA			HORA DE INICIO	HORA DE TERMINACION	TIPO DE ANESTESIA
12	7	2018			
DIA	MES	AÑO	14:00	14:49	GENERAL

INTERVENCION PRACTICADA	VARICOCELECTOMIA	CODIGO CIE: 631010

ESTUDIO PATOLOGICO	SI		NO	X	
MATERIAL ENVIADO					
CIRUGIA	LIMPIA		LIMPIA CONTAMINADA	X	CONTAMINADA

RECUENTO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	SI	NO	NO APLICA
			X

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA , COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS CON PACIENTE EN DECUBITO SUPINO INCISION INGUINAL IZQUIERDA DISECCION POR PLANOS HASTA IDENTIFICAR CORDON ESPERMATICO IPSILATERAL, EXTERIORIZACION DEL MISMO Y DISECCION DE PLEXO PAMPINIFORME. PINZAMIENTO, CORTE Y LIGADURA DE VENAS DL PLEXO CON SEDA 2/0 RESPETANDO VASOS LINFATICOS Y DEFERENCIALES REVISION DE HEMOSTASIA Y REDUCCION DE CORDON ESPERMATICO. REVISION DE HEMOSTASIA NUEVAMENTE Y CIERRE DE FASCIA CON [illegible] Y PIEL CON PROLENE 3/0.

DRA QUIROZ		
NOMBRE DE MEDICO	N° REGISTRO MEDICO	FIRMA Y SELLO