

Potwierdzenie wdrożenia Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej

Pełna nazwa Szpitala i adres:

[*Nazwa szpitala...*] potwierdza wprowadzenie i wdrożenie Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej, wprowadzonej do praktyki zabiegowej zgodnie z zaleceniami WHO. Zobowiązujemy się do przeszkolenia zespołów operacyjnych, wprowadzenia i stosowania Karty zgodnie z metodologią zawartą w Podstawie Wprowadzania Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej.

Data wdrożenia OKK:

Imię i nazwisko Dyrektora Szpitala/Dyrektora ds. Medycznych:

Podpis Dyrektora :

Data:

Dane osoby do kontaktu – Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

E-mail *:

Adres pocztowy:

Numer telefonu:

Numer faxu: