

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DISTRETTO AG \_  
P.O. \_\_\_\_\_

Reparto:

Direttore:

Apparecchio I.B.: Amplificatore di brillantezza –

N°	Operatore	N°interventi anno ____ per operatore	Distanza ( <b>metri</b> ) dal paziente in fase irradiaz.	Minuti per intervento	Esigenza di lavorare sotto il fascio radiogeno
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

**Specificare la % di interventi che necessitano della presenza dell'Anestesista:** \_\_\_\_\_

Note riservate al responsabile dell'attività:

---

---

**Rilevazione annuale**

**Ai fini dell'Art.80 com.1 lettera b) D.Lgs. 230/95**

Agrigento, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Il Responsabile