

**Chirurgie de main**

**Fiche de liaison anesthésie**

Nom :

Prénom :

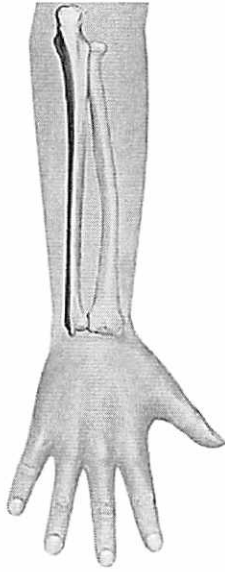
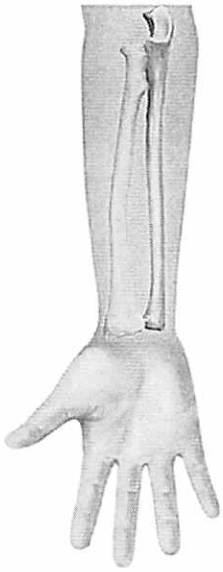
Date de naissance :

Date opération : .....

Type d'intervention : .....

Anesthésie :      Tronculaire      ALR      Walant      AG

**Schéma à compléter :**



DROIT

GAUCHE

