Carl Zeiss Canada Limited		
TMP 27-07	**Gestion de la consigne LIO**	
Rev. 00		Page 1 de 1

Site:

NS

Patient: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'implantation: _____ ☐ OS ☐ OD

Chirurgien: _____

Notes: _____

NS

Patient: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'implantation: _____ ☐ OS ☐ OD

Chirurgien: _____

Notes: _____

NS

Patient: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'implantation: _____ ☐ OS ☐ OD

Chirurgien: _____

Notes: _____

NS

Patient: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'implantation: _____ ☐ OS ☐ OD

Chirurgien: _____

Notes: _____

NS

Patient: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'implantation: _____ ☐ OS ☐ OD

Chirurgien: _____

_____

NS

Patient: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'implantation: _____ ☐ OS ☐ OD

Chirurgien: _____

Notes: _____