****

**Relevé des interventions chirurgicales observées**

**Nom Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Centre de Formation \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Intervention observée** | **Description brève de l’intervention chirurgicale observée** | **Signature d'un responsable** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Signature de l’étudiant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature d’un enseignant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_