|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **/ /** | **TIEMPO DE UTILIZACIÓN** | Hora de entrada: Hora de salida: | | |
| **PROCEDIMIENTO** | |  | | | |
| **INSTALACIÓN** | | Quirófano 1 Quirófano 2 Sala microcirugía Otra (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **USO DE ANIMALES** | | No Sí Nº animales: Especie/cepa: | | | |
| **USUARIO/S** *(Nombre y apellidos):* | | **Responsable:** | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| **ANESTESISTA/VETERINARIO** | | No Sí | | **Nº PROYECTO APROBADO** |  |
| **OBSERVACIONES/MATERIAL AÑADIDO** | |  | | | |
| **CENTRO DE ADSCRIPCIÓN** | | Personal HUG, Servicio / Dpto.: | | | |
| Personal externo, nombre del centro: | | | |
| **FIRMA DEL USUARIO RESPONSABLE** | |  | | Información de contacto (teléfono /email): | |