

体外循环合格证补充实习病例-----体外循环学会制

序号	患者病案号	手术名称	CPB时间	指导医师 签字	序号	患者病案号	手术名称	CPB时间	指导医师 签字
1					26				
2					27				
3					28				
4					29				
5					30				
6					31				
7					32				
8					33				
9					34				
10					35				
11					36				
12					37				
13					38				
14					39				
15					40				
16					41				
17					42				
18					43				
19					44				
20					45				
21					46				
22					47				
23					48				
24					49				
25					50				

填表人姓名：

学习时间

体外循环负责人签字：