

			sala		Imię i nazwisko								Karta Obserwacji		Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie									
Rozpoznanie																								
ODDZIAŁ			Tętno	Temp.	Data dd/ mm/ rr																			
			Dzień OP/pobytu																					
			160	41°	0 ⁰⁰ -6 ⁰⁰	6 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	12 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	18 ⁰⁰ -24 ⁰⁰	0 ⁰⁰ -6 ⁰⁰	6 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	12 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	18 ⁰⁰ -24 ⁰⁰	0 ⁰⁰ -6 ⁰⁰	6 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	12 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	18 ⁰⁰ -24 ⁰⁰	0 ⁰⁰ -6 ⁰⁰	6 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	12 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	18 ⁰⁰ -24 ⁰⁰				
			140	40°																				
			120	39°																				
			100	38°																				
			80	37°																				
			60	36°																				
			40	35°																				
Stolec																								
RR / tętno																								
Bilans płynów	podaż	Płyny doustne																						
		Płyny dożylnie																						
		Całkowita podaż																						
		Wymioty																						
	Utrata	Diureza																						
		Sonda																						
		Rehabilitacja																						
		Całkowita utrata płynów																						
Lek / Dawka /Droga podania					Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr			Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr			Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr			Podpis lekarza	Godzina podania podpis pielęgniarki spr						
1.																								
2.																								
3.																								
4.																								
5.																								
6.																								
7.																								
8.																								
9.																								
10.																								
11.																								
12.																								
13.																								
14.																								
Poziom cukru w surowicy																								
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																								
Podpis lek.					Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.			