

		sala	Imię i nazwisko											Karta Obserwacji				Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie					
Rozpoznanie																							
ODDZIAŁ		Tętno	Temp.	Data dd/ mm/ rr																			
		160	41°	Dzień OP/ pobytu																			
				7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>				
		140	40°																				
		120	39°																				
		100	38°																				
80	37°																						
60	36°																						
40	35°																						
Dieta																							
KARMIENTE				6.00				6.00				6.00				6.00							
				9.00				9.00				9.00				9.00							
				12.00				12.00				12.00				12.00							
				15.00				15.00				15.00				15.00							
				18.00				18.00				18.00				18.00							
				21.00				21.00				21.00				21.00							
				24.00				24.00				24.00				24.00							
Stolec																							
RR + tętno																							
Waga/ Wzrost/ BMI																							
Wymioty																							
Bad. USG																							
Konsultacja Laryngologiczna																							
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						
Leczenie	1.																						
	2.																						
	3.																						
	4.																						
	5.																						
	6.																						
	7.																						
	8.																						
	9.																						
	10.																						
	11.																						
	12.																						
Poziom cukru w surowicy/mg%																							
Aceton																							
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																							
Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.			

dziecięcy

		sala	Imię i nazwisko											Karta Obserwacji				Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie					
Rozpoznanie																							
ODDZIAŁ		Tętno	Temp.	Data dd/ mm/ rr																			
		160	41°	Dzień OP/ pobytu																			
				7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup> -1 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup> -7 <sup>00</sup>				
		140	40°																				
		120	39°																				
		100	38°																				
80	37°																						
60	36°																						
40	35°																						
Dieta																							
KARMIENTE				6.00				6.00				6.00				6.00							
				9.00				9.00				9.00				9.00							
				12.00				12.00				12.00				12.00							
				15.00				15.00				15.00				15.00							
				18.00				18.00				18.00				18.00							
				21.00				21.00				21.00				21.00							
				24.00				24.00				24.00				24.00							
Stolec																							
RR + tętno																							
Waga/ Wzrost/ BMI																							
Wymioty																							
Bad. USG																							
Konsultacja Laryngologiczna																							
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						
Leczenie	1.																						
	2.																						
	3.																						
	4.																						
	5.																						
	6.																						
	7.																						
	8.																						
	9.																						
	10.																						
	11.																						
	12.																						
Poziom cukru w surowicy/mg%																							
Aceton																							
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																							
Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.			

dziecięcy