

				sala				Imię i nazwisko								Karta Obserwacji								Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie										
Rozpoznanie																																		
ODDZIAŁ	Tętno	Temp.	Data dd/ mm/ rr																															
	160  140  120  100  80  60  40	41°  40°  39°  38°  37°  36°  35°	Dzień OP/pobytu																															
			0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>				
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
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				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.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.				

				sala				Imię i nazwisko								Karta Obserwacji								Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie										
Rozpoznanie																																		
ODDZIAŁ	Tętno	Temp.	Data dd/ mm/ rr																															
	160  140  120  100  80  60  40	41°  40°  39°  38°  37°  36°  35°	Dzień OP/pobytu																															
			0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>	0 <sup>00</sup> -6 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup> -18 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup> -24 <sup>00</sup>				
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
			-----				-----				-----				-----				-----				-----				-----							
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				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.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.		Podpis lek.		Podpis piel.				