

			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>										
Dieta																														
Stolec																														
RR			1.		2.																									
			3.		4.																									
Waga/Wzrost/BMI																														
BILANS PŁYNÓW	PODAŻ	Płyny doustnie																												
		Płyny dożylnie																												
		Całkowita podaż płynów																												
	UTRATA	Wymioty																												
		Diureza	Dz.		N.																									
		Sonda	Dz.		N.																									
		Dreny	Dz.		N.																									
			Dz.		N.																									
			Dz.		N.																									
		Całkowita utrata płynów																												
	Bilans płynów																													
Gimnastyka Oddechowa																														
Tlenoterapia																														
Rehabilitacja																														
Leki podane na Izbie Przyjęć																														
Data godzina																														
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.																														
Poziom cukru w surowicy/mg%																														
Aceton																														
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																														
Podpis lek.			Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.			

Leczenie

			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>												
Dieta																															
Stolec																															
RR				1.		2.																									
				3.		4.																									
Waga/Wzrost/BMI																															
BILANS PŁYNÓW	PODAŻ	Płyny doustnie																													
		Płyny dożylnie																													
		Całkowita podaż płynów																													
	UTRATA	Wymioty																													
		Diureza		Dz.		N.																									
		Sonda		Dz.		N.																									
		Dreny		Dz.		N.																									
				Dz.		N.																									
				Dz.		N.																									
	Całkowita utrata płynów																														
Bilans płynów																															
Gimnastyka Oddechowa																															
Tlenoterapia																															
Rehabilitacja																															
Leki podan na Izbie Przyjęć																															
Data godzina																															
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.																															
Poziom cukru w surowicy/mg%																															
Aceton																															
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																															
Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.			

Leczenie