

	Sala	Imię i nazwisko					Karta zleceń				Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie								
Rozpoznanie																			
Data dd/mm/rr																			
Dzień OP/pobyt																			
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.																			
13.																			
14.																			
15.																			
16.																			
17.																			
18.																			
19.																			
20.																			
Poziom cukru w surowicy/mg%																			
Aceton																			
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																			
Podpis lek.					Podpis piel.			Podpis lek.			Podpis piel.			Podpis lek.			Podpis piel.		

