



**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie**

Oddział .....

## KARTA OBSERWACJI RANY POOPERACYJNEJ

Imię nazwisko pacjenta .....

Data zabiegu ..... Rodzaj zabiegu .....

Pesel .....

Rozpoznanie .....

Miejsce rany pooperacyjnej: ☐ jama brzuszna ☐ krocze ☐ głowa ☐ szyja ☐ kończyna dolna L/P ☐ kończyna górna L/P ☐ klatka piersiowa ☐ odbył ☐ inne

Data	Objawy												
	Rana bez zmian/ godz.	Zaczerwienie /godz.	Ból /godz.	Obrzęk /godz.	Naciek zapalny /godz.	Wysięk z rany /godz.	Samoistne otwarcie rany /godz.	Dren Drenik Redon Sączek godz./ilość	Usunięcie Dren Drenik Redon Sączek /godz	Usunięcie szwów /godz.	Płukanie rany/antyseptyk /godz.	Badanie mikrob. /godz.	Zmiana opatrunku /kod narzędzi

Identyfikacja podpisu (pieczęćka):



**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie**

Oddział .....

## KARTA OBSERWACJI RANY POOPERACYJNEJ

Imię nazwisko pacjenta .....

Data zabiegu ..... Rodzaj zabiegu .....

Pesel .....

Rozpoznanie .....

Miejsce rany pooperacyjnej: ☐ jama brzuszna ☐ krocze ☐ głowa ☐ szyja ☐ kończyna dolna L/P ☐ kończyna górna L/P ☐ klatka piersiowa ☐ odbyt ☐ inne

Data	Objawy												
	Rana bez zmian/ godz.	Zaczerwienie /godz.	Ból /godz.	Obrzęk /godz.	Naciek zapalny /godz.	Wysięk z rany /godz.	Samoistne otwarcie rany /godz.	Dren Drenik Redon Sączek godz./ilość	Usunięcie Dren Drenik Redon Sączek /godz	Usunięcie szwów /godz.	Płukanie rany/antyseptyk /godz.	Badanie mikrob. /godz.	Zmiana opatrunku /kod narzędzi

Identyfikacja podpisu (pieczętka):