

	Sala	Imię i nazwisko			Karta zleceń				Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie						
Rozpoznanie															
Leki podane na Izbie Przyjęć															
Data godzina															
Leczenie	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		
	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.			