

	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							
	1.																								
	2.																								
	3.																								
	4.																								
	5.																								
	6.																								
	7.																								
	8.																								
	9.																								
	10.																								
	Poziom cukru w surowicy/mg%																								
Aceton																									
Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje																									
Podpis lek.						Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.				Podpis lek.				Podpis piel.			