



Pesel.....

Imię nazwisko pacjenta.....

Rozpoznanie

Miejsce rany: □ jama brzuszna

krocze ☐ głowa ☐ szyja

□ szyja

□ szyla

□ kończy dolną LP □ kończy górną LP

☐ klatka piersiowa

☐ odbyt ☐ inne

[illegible]

Identyfikacja podpisu (pieczętka):



Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie

Oddział.....

KARTA OBSERWACJI RANY typu.....

Imię nazwisko pacjenta.....
Rozpoznanie
Pesel.....

Miejsce rany : ☐ jama brzuszna ☐ 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.	Wysiękz rany /godz.	Samoistne otwarcie rany /godz.	Seton/sączek /godz.	Usunięcie sączka/setonu /godz.	Założenie szwów /godz.	Usunięcie szwów /godz.	Plukanie rany /antyseptyk /godz.	Badanie mikrob. /godz.	Zmiana opatrunku / kod narzędzi

Identyfikacja podpisu (pieczętka):