



**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie**

Oddział .....

## KARTA OBSERWACJI WKŁUĆ OBWODOWYCH

Imię nazwisko pacjenta .....

Pesel .....

Data	Założenie cewnika /godz.	Miejsce wkłucia	Zmiana opatrunku /godz.	Obserwacja								Usunięcie cewnika /godz.
	Podpis		Podpis	Miejsce wkłucia <b>bez</b> zmian /godz.	Ból /godz.	Zaczerwienienie /godz.	Obrzęk /godz.	Niedrożność /godz.	Nieszczelność /godz.	Usunięcie cewnika przez pacjenta /godz.	Koniec leczenia	Podpis

Identyfikacja podpisu (pieczętka):



**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie**

Oddział .....

## KARTA OBSERWACJI WKŁUĆ OBWODOWYCH

Imię nazwisko pacjenta .....

Pesel .....

Data	Założenie cewnika /godz.	Miejsce wkłucia	Zmiana opatrunku /godz.	Obserwacja								Usunięcie cewnika /godz.
	Podpis		Podpis	Miejsce wkłucia <b>bez</b> zmian /godz.	Ból /godz.	Zaczerwienienie /godz.	Obrzęk /godz.	Niedrożność /godz.	Nieszczelność /godz.	Usunięcie cewnika przez pacjenta /godz.	Koniec leczenia	Podpis

Identyfikacja podpisu (pieczętka):