	sala	Imię i nazwisko		**Karta Obserwacji**	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie

Rozpoznanie

ODDZIAŁ

Tętno	Temp.
160	41°
140	40°
120	39°
100	38°
80	37°
60	36°
40	35°

Data dd/mm/rr

Dzień OP/pobytu

0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}	0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}	0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}	0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}	0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}	0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}	0^{00}-8^{00}	8^{00}-16^{00}	16^{00}-24^{00}

Dieta		
Stolec		
RR		
ASM		
SpO_2		
Waga/Wzrost/BMI		
BILANS PŁYNÓW PODAŻ	**Płyny doustnie**	
	Płyny dożylnie	
	Całkowita podaż płynów	
UTRATA	Wymioty	
	Diureza	
	Sonda	
	Dreny	
	Całkowita utrata płynów	
Tlenoterapia		

Leki podan na Izbie Przyjęć
Data godzina

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	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.														
21.														

Zlecone badania diagnostyczne i konsultacje	Podpis lek. Podpis piel.	Podpis lek. Podpis piel.	Podpis lek. Podpis piel.	Podpis lek. Podpis piel.	Podpis lek. Podpis piel.	Podpis lek. Podpis piel.	Podpis lek. Podpis piel.

z. 2310/2022 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40 www.pphudruk.com.pl