

STRONA 2		Imię i Nazwisko																											
		DYŻUR DZIENNY														DYŻUR NOCNY													
UKŁAD POKARMOWY		7 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>		20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup>	2 <sup>00</sup>	3 <sup>00</sup>	4 <sup>00</sup>	5 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup>		
Dieta ścisła																													
Dieta płynna																													
Pompa perystaltyczna																													
Sonda żołądkowa																													
Sonda dwunastnicza																													
Drenaż grawitacyjny																													
Wymioty ml																													
Biegunka ml																													
Stolec																													
UKŁAD MOCZOWY		7 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>		20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup>	2 <sup>00</sup>	3 <sup>00</sup>	4 <sup>00</sup>	5 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup>		
Cewnik ( rodzaj )																													
Data ..... Nr .....																													
Diureza samoistna																													
Diureza wspomagana																													
Godzinowa ml/h																													
Dobowa ml																													
SKÓRA		7 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>		20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup>	2 <sup>00</sup>	3 <sup>00</sup>	4 <sup>00</sup>	5 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup>		
Czyszczenie bez zmian																													
17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>																						
Opalenie																													
Otarcia																													
Odbarwienia																													
inne																													
BŁONY ŚLIZOWE		7 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup>	9 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	11 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	14 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	16 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>		20 <sup>00</sup>	21 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup>	23 <sup>00</sup>	24 <sup>00</sup>	1 <sup>00</sup>	2 <sup>00</sup>	3 <sup>00</sup>	4 <sup>00</sup>	5 <sup>00</sup>	6 <sup>00</sup>	7 <sup>00</sup>		
Błędne																													
Przekrwione																													
Wysuszone																													
Ślinotok																													
inne																													
Skala rzęzyka wó Waterlow																													
Brak																													
Obecne																													
Przyjęty z odleżynami																													
Data..... Stopień.....																													
° Bledzące zaczerwienienie																													
° Zaczerwienienie																													
Zasinienie																													
Otarcie naskórka																													
Obrzek, bolesność																													
Pecherze																													
Matryca skóry																													
tkanki podskórnej																													
Matryca tkanki																													
podskórnej i tłuszczowej																													
Głęboka martwica																													
Przetoki																													
Umiejscowienie																													
					</																								

[illegible]





STRONA 4

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

IMIĘ I NAZWISKO

LAT

DATA:

ZLECENIA STAŁE

7<sup>00</sup> - 8<sup>00</sup>9<sup>00</sup> - 10<sup>00</sup>11<sup>00</sup> - 12<sup>00</sup>13<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>15<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>17<sup>00</sup> - 18<sup>00</sup>19<sup>00</sup> - 20<sup>00</sup>21<sup>00</sup> - 22<sup>00</sup>23<sup>00</sup> - 24<sup>00</sup>1<sup>00</sup> - 2<sup>00</sup>3<sup>00</sup> - 4<sup>00</sup>5<sup>00</sup> - 6<sup>00</sup>

ANTYBIOTYKI

POMPY

LEKI I PŁYNY DOŻYŁNE

LEKI PODSKÓRNE

LEKI DO-  
MIESIŃDWE

LEKI DOUSTNE

INNE LEKI, KREW

ZLECENIA DORAŻNE

BILANS PŁYNÓW

7<sup>00</sup> - 19<sup>00</sup>19<sup>00</sup> - 7<sup>00</sup>Dobowo

PODAŻ:

- Dożylnie

- Krew

- Osocze

- Dieta

Razem /+/

UTRATA:

- Diureza

- Krew

- Żołądek

- Opatrunki

- Płynne stolce

- Skóra + płuca

Razem /-/

BILANS

/ + /

/ - /

BADANIA BIEŻĄCE

godz / wyk.

godz / wyk.

godz / wyk.

godz / wyk.

nast.doba / podpis

Gazometria

Cukier

Morfologia

Elektrolity

Mocznik

Kreatynina

Białko

Układ krążenia

Układ krzepnięcia

Mocz

Posiewy K M D, GN C

EKG

RTG

JSG

Inne

Chr on /inter

laryn

skale

BMI

NRS

SOFA

APACHE

SAPS

LEGENDA

x występuje

rozp czynności.

kontynuacja

zakończenie

do wykon.

OBSERWACJE LEKARSKIE

Lekarz prowadzący.