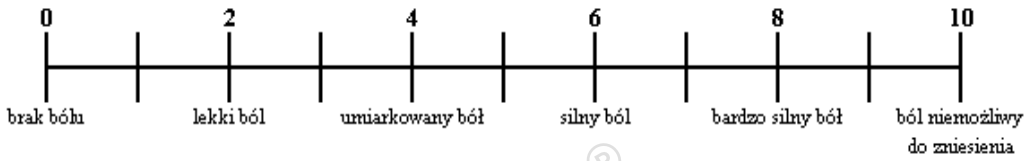
Imię i nazwisko pacjenta: …..... **Data:** _ _ / _ _ 20 _ _

KARTA MONITOROWANIA SOR

godzina	'30	'30	'30	'30	'30	'30
Ocena AVPU						
Ocena w Skali Glasgow						
Ocena bólu w skali NRS						



	godzina	'30		'30		'30		'30		'30		'30		'30	
Krążenie	Ciśnienie tętnicze skurczowe / rozkurczowe														
	Tętno														
Wentylacja	Oddech własny (częstość/min)														
	Maska tl./cewnik tl. (O2 litrów/min)														
Monitorowanie	EKG- monitorowanie														
	SaO2														
	Temperatura														
	Ułożenie (swobodne / wymuszone / bezwładne)														
	Obwód brzucha														
	Źrenice OP/OL	OP	OL	OP	OL	OP	OL	OP	OL	OP	OL	OP	OL	OP	OL
	reakcja na światło (+/-)														
	szerokie (S); wąskie (W); normalne(N)														
	Mocz (ml/godz.)														
	Stolec (+/-)														
	Wymioty (+/-)														
Podpis i pieczątka osoby oceniającej															

Admed® MEDICAL PARTNER

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl