KARTA NADZORU MEDYCZNEGO

(pieczątka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta…… NR HIST. CHOR. …… …...

TĘTNO	RR	DATA										
T MIN O▲▼	Mm Hg	Godz.										
240	240											
220	220											
200	200											
180	180											
160	160											
140	140											
120	120											
100	100											
80	80											
60	60											
40	40											
20	20											
DREN		I										
		II										
STAN ŹRENIC		P										
		L										
ODDECH: - własny												
- wspomagany												
- zastępczy												
- saturacja												
Podpis i pieczątka osoby wykonującej pomiary												

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

Imię i nazwisko pacjenta .....

SKALA ŚWIADOMOŚCI (Glasgow Coma Scale, GCS)																										
		DATA																								
		GODZ.																								
		PKT																								
Otwieranie oczu	Spontaniczne	**4**																								
	Na glos, zawołanie	**3**																								
	Na ból	**2**																								
	Brak	**1**																								
Reakcja słowna	Pełna orientacja	**5**																								
	Mowa chaotyczna	**4**																								
	Mowa niewłaściwa	**3**																								
	Niezrozumiałe dźwięki	**2**																								
	Brak	**1**																								
Reakcja ruchowa	Odpowiednia do poleceń	**6**																								
	Celowa	**5**																								
	Ruch ucieczki na ból	**4**																								
	Zgięciowa	**3**																								
	Wyprostna	**2**																								
	Brak	**1**																								
Suma																										

.....
(podpis i pieczątka pielęgniarki)