KARTA OBSERWACJI MIEJSCA OPEROWANEGO i/lub RANY*

Imię i nazwisko pacjenta:.....

(pieczątka oddziału)

Data zabiegu operacyjnego:.....

Rodzaj zabiegu: .....

data	Rana: 1. czysta 2. czysta – skażona 3. skażona 4. brudna l ub zakażona	temp.> 38°C	**obserwacja miejsca operowanego i/lub rany**								**interwencje w obrębie rany**	Podpis i pieczątka osoby wykonującej opatrunek
					wysięk z rany						usunięcie szwów, drenów płukanie rany, założenie sączków, drenów	
doba pooper.			zaczerwi e-nienie	obrzęk	surowiczy	krwisty	ropny	ból, tkliwość uciskowa	rozejście się brzegów rany	inne		
doba												
doba												
doba												
doba												
doba												
doba												
doba												
doba												
doba												
doba												

X - zaznaczyć wynik obserwacji w odpowiedniej kratce

Pacjent wypisany z * szwami/ *szwem ciągłym. Data usunięcia określona w karcie informacyjnej.

* podkreśl ić właściwe

.....

(podpis i pieczątka pielęgniarki)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data / godzina	Kody zestawów z Centralnej Sterylizacj i	Data/ godzina	Kody zestawów z Centralnej Sterylizacj i

Admed® MEDICAL PARTNER