KARTA PRZEBIEGU CHOROBY

Imię i nazwisko pacjenta .... Data: .... Dzień pobytu: .... Dzień po oper. ....

PESEL ....

	Parametr - Godzina	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
	RRS inwaz. / nieinwaz.																									
	RRrr inwaz. / nieinwaz.																									
	MAP																									
	Tętno																									
	OCŻ																									
	Temp. obw. / centr.																									
	SpO2																									
	EtCO2																									
	Oddech																									
	CI / CO																									
	PCWP																									
	SV																									
	IAP																									
	ICP																									
G.C.S.	R. słowna																									
	R. ruchowa																									
	R. otw. oczu																									
RAZEM PKT																										
Skala Ramsey'a																										
Źrenice	Szerokość L																									
	Reakcja L																									
	Szerokość P																									
	Reakcja P																									
Wentylacja	Tryb went. / odd. wł.																									
	FiO2																									
	PEEP																									
	PSV																									
	% wspomagania																									
	O2 biernie																									
Podaż – Infuzje ciągłe	Midazolan																									
	FN																									
	MF																									
	Propofol																									
	Noradrenalina																									
	Dopamina																									
	Dobutamina																									
Podaż	Krew / KKCz																									
	Osocze																									
	PLT																									
	Krystaloidy																									
	Koloidy																									
	Rozpuszczalnik leków																									
	Żywienie iv																									
	P.O.S.																									
	Sonda / stom.																									
RAZEM																										
Utrata	Diureza																									
	Stolec																									
	Wymioty																									
	Przetoka																									
	Dren																									
	Dren																									
	Dren																									
	Ultrafiltracja																									
	Perspiracja																									
RAZEM																										

Z A B I E G I L E K A R S K I E

1. Intub/Trach ....
2. Kaniulizacja V ....
3. Kaniulizacja T ....
4. Foley ....
5. Znieczulenie ....
6. OP ....
7. Opatrunek ....
8. Dekontaminacja...
9. ....

L E K I

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....
13. ....
14. ....
15. ....
16. ....
17. ....
18. ....
19. ....
20. ....
21. ....
22. ....
23. ....
24. ....

....
(podpis i pieczątka pielęgniarki dyżuru dziennego)

....
(podpis i pieczątka pielęgniarki dyżuru nocnego)

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

Imię i nazwisko pacjenta .....

Stan podmiotowy, przedmiotowy i wykonane czynności, konsultacje lekarskie.

Admed® MEDICAL PARTNER

/każdy wpis opatrzony podpisem i pieczątką wpisującego/

Pielęgniarska ocena stanu zdrowia pacjenta 07.00 – 19.00

.....
(podpis i pieczątka pielęgniarki)

Pielęgniarska ocena stanu zdrowia pacjenta 19.00 – 07.00

.....
(podpis i pieczątka pielęgniarki)