KARTA ZAŁOŻENIA STYMULACJI CZASOWEJ
Oddział kardiologiczny

Data.założenia ..... godzina .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

ELEKTRODA ENDOKAWITARNA																
Dostęp		Stymulacja														
	Szyjny prawy/ lewy	Data														
	Udowy prawy/ lewy	Doba	**1**		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**		**7**	
		Dyżur	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Stymulacja																
Rate/ Amp.																
Uwagi																
Podpis i pieczątka pielęgniarki																

Data implantacji stymulatora / usunięcia elektrody endokawitarnej	Podpis i pieczątka pielęgniarki
_ _ / _ _ 20 _ _	

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