

# KARTA CUKRZYCOWA

(pieczęta oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data	Godz.	Glikemia	INSULINA/LEKI		Podpis i pieczęta lekarza	Podpis i pieczęta pielęgnarki
			Nazwa	Podana dawka		

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data	Godz.	Glikemia	INSULINA/LEKI		Podpis i pieczęć lekarza	Podpis i pieczęć pielęgniarki
			Nazwa	Podana dawka		