KARTA KONTROLI AKCJI SERCA PŁODU

Imię i nazwisko pacjenta ….....

Data	Godzina	ASP	Podpis i pieczątka położnej	Uwagi

Admed® MEDICAL PARTNER

Imię i nazwisko pacjenta ……

Data	Godzina	ASP	Podpis i pieczątka położnej	Uwagi

Admed® MEDICAL PARTNER