

KARTA NADZORU MEDYCZNEGO

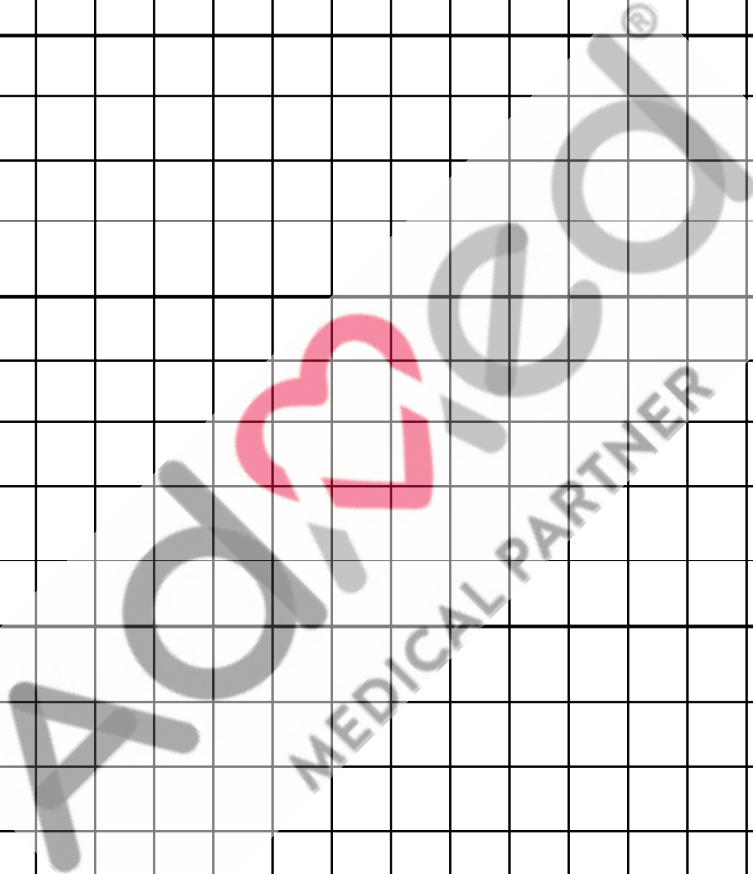
(pieczętka oddziału)

Imię i nazwisko pacjenta..... NR HIST. CHOR.

TĘTNO	RR	DATA									
T MIN O▲▼	Mm Hg	Godz.									
<u>240</u>	<u>240</u>										
<u>220</u>	<u>220</u>										
<u>200</u>	<u>200</u>										
<u>180</u>	<u>180</u>										
<u>160</u>	<u>160</u>										
<u>140</u>	<u>140</u>										
<u>120</u>	<u>120</u>										
<u>100</u>	<u>100</u>										
<u>80</u>	<u>80</u>										
<u>60</u>	<u>60</u>										
<u>40</u>	<u>40</u>										
<u>20</u>	<u>20</u>										
DREN	I										
	II										
STAN ŻRENIC	P										
	L										
ODDECH: - własny											
- wspomagany											
- zastępczy											
- saturacja											
Podpis i pieczętka osoby wykonującej pomiary											

Imię i nazwisko pacjenta

		DATA																		
		GODZ.																		
		PKT																		
Otwieranie oczu	Spontaniczne	4																		
	Na głos, zawołanie	3																		
	Na ból	2																		
	Brak	1																		
Reakcja słowna	Pełna orientacja	5																		
	Mowa chaotyczna	4																		
	Mowa niewłaściwa	3																		
	Niezrozumiałe dźwięki	2																		
	Brak	1																		
Reakcja ruchowa	Odpowiednia do poleceń	6																		
	Celowa	5																		
	Ruch ucieczki na ból	4																		
	Zgięciowa	3																		
	Wyprostna	2																		
	Brak	1																		
Suma																				



.....
(podpis i pieczętka pielęgniarki)