

KARTA OBSERWACJI MIEJSCA OPEROWANEGO i/lub RANY*

Imię i nazwisko pacjenta:.....

(pieczętka oddziału)

Data zabiegu operacyjnego:.....

Rodzaj zabiegu:

data	Rana: 1. czysta 2. czysta - skażona 3. skażona 4. brudna lub zakażona	temp. > 38°C	obserwacja miejsca operowanego i/lub rany							interwencje w obrębie rany		Podpis i pieczętka osoby wykonującej opatrunek
			zaczerwienienie	obrzęk	wysięk z rany			ból, tkliwość uciskowa	rozejście się brzegów rany	inne	usunięcie szwów, drenów	
surowiczy	krwisty	ropny										
do												
ba												
do												
ba												
do												
ba												
do												
ba												
do												
ba												

X - zaznaczyć wynik obserwacji w odpowiedniej kratce

Pacjent wypisany z * szwami/ *szwem ciągłym. Data usunięcia określona w karcie informacyjnej.

* podkreślić właściwe

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data / godzina	Kody zestawów z Centralnej Sterylizacji	Data/ godzina	Kody zestawów z Centralnej Sterylizacji

