

KARTA OBSERWACYJNO-BILANSOWA

Oddział kardiologiczny

Imię i nazwisko pacjenta

Nr sali

Data	Godzina	Ciśnienie tętnicze krwi	Tętno	Płyny doustne	Płyny dożylne	Mocz	Inne	Uwagi	Podpis i pieczętka
Razem									
Razem									
Razem									

Imię i nazwisko pacjenta

Nr sali

Data	Godzina	Ciśnienie tętnicze krwi	Tętno	Płyny doustne	Płyny dożylne	Mocz	Inne	Uwagi	Podpis i pieczęćka
Razem									
Razem									
Razem									
Razem									

