

KARTA OBSERWACYJNA CHOREGO

Imię i nazwisko chorego

.....

.....

.....

Pieczęć podmiotu

Numer karty

Opiekun medyczny

.....

	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina
	WYNIK	WYNIK	WYNIK	WYNIK	WYNIK	WYNIK	WYNIK	WYNIK
Temperatura								
Tętno								
Ciśnienie								
Mocz								
Stolec								
Bilans płynów								
Masa ciała								
Poziom glukozy								
PODPIS								

UWAGI: