15-1

WYWIAD PIELĘGNIARSKI

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
I.			
2.			
3.			

Lp.	Nazwa poradni udzielającej przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi	Nazwa zakładu opieki zdrowotnej udzielającego przewlekle ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych pacjentowi
1.		
2.		
3.		

15-2

CZĘŚĆ 1. STRUKTURA RODZINY

Lp.	Osoby zamieszkujące we wspólnym gospodarstwie				
	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

Pozostali członkowie najbliższej rodziny					
Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Stopień pokrewieństwa	Aktywność zawodowa	Stan zdrowia

16-1

KARTA BADAŃ

Nazwisko i imię .....

Data	Mocz										Morfologia			Kwas moczowy	Mocznik w surowicy	Kreatynina	Białkomocz dobowy	L Addisa	Posiew
	C.gat	Od	B	C	L	E	Nabł.	Wał.	Bakt.	Na^{+}	K^{+}	Ca^{++}	kb						

16-2 50021

KARTA BADAŃ

Nazwisko i imię .....

Data	Mocz										Morfologia			Kwas moczowy	Mocznik w surowicy	Kreatynina	Białkomocz dobowy	L Addisa	Posiew
	C.gat	Od	B	C	L	E	Nabł.	Wał.	Bakt.	Na^{+}	K^{+}	Ca^{++}	kb						

17-1

ODDZIAŁ INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ W KOŚCIANIE

Data .....

Doba .....

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

Imię i nazwisko .....

Nazwa leku	Ilość mg	Ilość ml	Sposób podawania	Czas wykonania	Potwierdzenie wykonania
PŁYNY					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
ŚRODKI PRZECIBÓLOWE I USPOKAJAJĄCE					
11.					
12.					
13.					
ŚRODKI KRĄŻENIOWE I NASERCOWE					
14.					
15.					
16.					
17.					
Inne					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

ZLECENIA

Pomiary RP (CVP)f(T°)
Monitorowanie
Odsysanie dróg oddechowych
Intubacja
Tracheostomia
Tlen i nebulizacja
Oddech kontr./wsp.
Cewnikowanie pęcherza
Odsysanie żołądka
Odsysanie jamy opłucn
Wlew przeczyszczający
Zmiana ułożenia
Odżywianie

ZLECENIE BADAŃ PRACOWNIANYCH

.....

podpis lekarza