

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZ.:

NR KARTY
CHOREGO

DATA ZNIECZ.:

ROZPOZNANIE:

DATA OPERACJI:
GODZ:

GRUPA KRWI:

OPERACJA:

LEGENDA

JN EXTUBACJA	T
NOSOWA	C
POCZATEK - KONIEC	
ZNIECZULENIA	X
POCZATEK - KONIEC	
OPERACJI	⊙

POCHŁANIACZ ☐
WŁĄCZENIE ☐
WYŁĄCZENIE ☐
WYMIANA ☒

ODD. WLAS. ++++

ODD. KONTR. ☐

ODD. WSPOM ///

RR	V
TETNO	☒
OCZ	X
TEMP.	*

ZILECENIE
POOPERACYJNE:

PRZETOCZONO:
5% GLUKOZA ml
SÓL FIZJOLOGICZNA ml
KREW

UTRATA KRWI

WZROST:	WAGA:	TEMP.:	RR:	Hb:	Hm1:	KREATYNYNA:	KORTYKOTERAPIA:
EKG:	RTG:					ALERGIA:	

NOTE:

GODZ.

RAZJE

RODZAJ ZNIECZULENIA

ANESTEZJOLOG:

PIELÉGN:

APPARAT:

OPERATOR.: