

Oddział L. ks. gł. / I. ks. oddz.

--	--	--	--

 /

--	--	--	--

Nazwisko i imię Wiek

--	--

 Nr Sali

--	--

Data							
Kategoria opieki							
Ryzyko odleżyn w skali punktowej wg Norton							
PLAN OPIEKI		REALIZACJA OPIEKI					
		D	N	D	N	D	N
Czynności higieniczne / żywienie							
Utrzymanie wentylacji płuc							
Pomiary parametrów							
Zabiegi							
Edukacja i wsparcie							

Uwaga: wykonanie czynności pielęgniarka dokumentuje poprzez złożenie podpisu i pieczętki

Nazwisko i imię

Data	Obserwacje pielęgniarские. Ocena stanu Pacjenta	Pieczątką i podpis pielęgniarki