

KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z CUKRZYCĄ

Oddział

Nazwisko i imię wiek nr sali

Data	Godzina	Poziom glukozy	Insulina, dawka	Podpis lekarza zlecającego	Podpis pielęgniarki	Uwagi			
						DZM	Cukier	Aceton	Inne
	7 ⁰⁰					6-14 ⁰⁰			
	10 ³⁰								
	12 ⁰⁰					Podpis pielęgniarki			
	16 ⁰⁰					14-22 ⁰⁰			
	17 ⁰⁰								
	18 ⁰⁰								
	22 ⁰⁰					Podpis pielęgniarki			
	24 ⁰⁰					22-6 ⁰⁰			
	3 ³⁰								
						Podpis pielęgniarki			
Dobowe zapotrzebowanie na insulinę					Podpis lekarza				
Data	Godzina	Poziom glukozy	Insulina, dawka	Podpis lekarza zlecającego	Podpis pielęgniarki	Uwagi			
	7 ⁰⁰					6-14 ⁰⁰			
	10 ³⁰								
	12 ⁰⁰					Podpis pielęgniarki			
	16 ⁰⁰					14-22 ⁰⁰			
	17 ⁰⁰								
	18 ⁰⁰								
	22 ⁰⁰					Podpis pielęgniarki			
	24 ⁰⁰					22-6 ⁰⁰			
	3 ³⁰								
						Podpis pielęgniarki			
Dobowe zapotrzebowanie na insulinę					Podpis lekarza				
Data	Godzina	Poziom glukozy	Insulina, dawka	Podpis lekarza zlecającego	Podpis pielęgniarki	Uwagi			
	7 ⁰⁰					6-14 ⁰⁰			
	10 ³⁰								
	12 ⁰⁰					Podpis pielęgniarki			
	16 ⁰⁰					14-22 ⁰⁰			
	17 ⁰⁰								
	18 ⁰⁰								
	22 ⁰⁰					Podpis pielęgniarki			
	24 ⁰⁰					22-6 ⁰⁰			
	3 ³⁰								
						Podpis pielęgniarki			
Dobowe zapotrzebowanie na insulinę					Podpis lekarza				