

KARTA OBSERWACJI RAN POOPERACYJNYCH „A”

Pieczątka Oddziału

I INNYCH:

Nazwisko i ImięNr historii choroby.....Nr sali.....

Data zabiegu Rodzaj zabiegu.....

Ocena rany pooperacyjnej

KARTA OBSERWACJI RAN POOPERACYJNYCH „B”

I INNYCH :

Nazwisko i ImięNr historii choroby.....Nr sali.....

Wykonane czynności

Data	Opis wykonanych czynności (Pieczętka i podpis)	Pasek skuteczności sterylizacji