

# INDYWIDUALNA KARTA OBSERWACJI I PIELEGNACJI ODLEŻYŃ

Załącznik nr 2 do Standardu nr III / 50

Nr karty.....

Pieczątka Oddziału .....

Imię i Nazwisko ..... Pesel ..... / data urodzenia .....

Data	Ocena odleżyny				Plan leczenia odleżyny										Podpis			
	Umiejscowie nie	Skala NPUAP / rozmiar	Inne objawy		Udogodnienia				Toaleta skóry			Pielęgnacja odleżyny						
			Ból	Odór	Wysięk	Krwawienie												
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N
		/																D
		/																N

Imię i Nazwisko .....	Pesel .....	/ data urodzenia .....
-----------------------	-------------	------------------------

[illegible]