

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

KARTA ZLECENÍ I OBSERWACJI

pieczętka oddziału

STR 1

Rozpoznanie	Nazwisko..... Imię..... Pesel <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	Data / godz. przyjęcia Data / godz. wypisu Data / godz. przeniesienia - obszary SOR/ oddziały
Grupa krwi	Wiek..... Nr księgi oddz.....	
Uczulenia na leki		

PARAMETRY ŻYCIOWE W TRAKCIE HOSPITALIZACJI

[illegible]

BADANIA LABORATORYJNE

Data	Badania	Wyk. - x	Badania	Wyk. - x	Badania	Wyk. - x	Badania	Wyk. - x
	Ekg		Usg.....		Kreatynina		Amylaza	
	Tk.....		Usg.....		Mocznik		
	Tk.....		Trop(sor)		Alat		
	Tk.....		CKMB(sor)		Aspat		
	Tk.....		D-dim.(sor)		PT(inr)		
	Rtg.....		CRP(sor)		APPT		
	Rtg.....		Morfologia		Troponina I		
	Rtg.....		Glukoza		CKMB		
	Rtg.....		Jonogram		CRP		

*oznaczamy skalę Glasgow w przypadku zaburzeń świadomości

Podpis i pieczęć lekarza

podpis i piecz. pielęgniarki /
ratownika medycznego

BADANIA I ZABIEGI

STR 2

Data	Badanie lub zabieg	Wykonanie-x	Badanie lub zabieg	Wykonanie -x
	Opatrunek chirurgiczny		Założenie wenflonu/ usunięcie	
	Opatrunek gipsowy		Założenie kaniuli do dużej żyły	
	Opatrunek leczniczy		Założenie sondy	
	Opatrunek na oparzenia		Tlenoterapia	
	Opatrunek na odleżyny		Drenaż klatki piersiowej	
	Szycie rany i opatrunek		Cystostomia	
	Punkcja stawu			
	Nastawienia złamań i zwichnięć		Gastroskopia	
	Znieczulenie miejscowe/nasiekowe		Bronchoskopia	
			Intubacja	

ZLECENIA FARMAKOLOGICZNE

Data	Nazwa leku, dawka, droga podania (zlecenie jednorazowe)	Podpis lekarza	Podpis pielęgniarki / ratownika medycznego

KWALIFIKACJA DO SAMOOPIEKI

Samodzielny	Częściowa pomoc- Transport	Całkowita pomoc- Transport	Intensywna opieka

OBSERWACJE PIELEGNIARSKIE

Data	Godz.		Podpis pielęgniarki

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu

Wskaźniki sterylizacji

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

NAZWISKO..... IMIE..... PESEL.....

KARTA GORACZKOWA

STR 3

KARTA GORĄCZKOWA		DZIEŃ											
		0						6					
		24						24					
		12						18					
		12						18					
Tętno	Temp.												
160	41												
140	40												
120	39												
100	38												
80	37												
60	36												
40	35												
		Wymioty											
		Stolec											

KARTA OBSERWACJI WKŁUCIA OBWODOWEGO /CENTRALNEGO

KARTA OBSERWACJI WKŁUCIA OBWODOWEGO /CENTRALNEGO														
Miejsce wkłucia i typ kaniuli	Data godzina założenia	Podpis osoby wykonującej zabieg	Doba	Zmiana	Obserwacja miejsca wkłucia (objawy w skali 0-5)							Data godzina usunięcia kaniuli	Podpis osoby wykonującej zabieg	
			I	R	0	1	2	3	4	5	Podpis			
				W										
			II	R										
				W										
			I	R										
				W										
			II	R										
				W										

KARTA OBSERWACJA MIEJSCA ZAŁOŻENIA CEWNIKA MOCZOWEGO

KARTA OBSERWACJA MIEJSCA ZAŁOŻENIA CEWNIKA MOCZOWEGO				
Data założenia cewnika	Przyczyna założenia i usunięcia cewnika	Brak objawów	Data usunięcia cewnika	Podpis pielęgniarki ratownika medycznego

ZLECENIA FARMAKOLOGICZNE

[illegible]

[illegible][illegible]

pieczętka i podpis pielęgniarki

pieczętka i podpis pielęgniarki
koordynatora/ za-ca DPD