

**Indywidualna karta zleceń pielęgniarских wykonywanych przez opiekuna medycznego
na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki**

Nr strony

Pieczątka oddziału

Imię i Nazwisko..... PESEL / Nr KG.....

Diagnoza pielęgniariska:.....

Zlecenie			Potwierdzenie wykonania zlecenia						
Nr/ Treść zlecenia	Data zlec.	Data odstaw.	Data / godz.	Data / godz.	Data / godz.	Data / godz.	Data / godz.	Data / godz.	Data / godz.
	Podpis piel.	Podpis piel.	Podpis opiek.	Podpis opiek.	Podpis opiek.	Podpis opiek.	Podpis opiek.	Podpis opiek.	Podpis opiek.
1	Ślanie łóżka z chorym								
2	Toaleta jamy ustnej								
3	Mycie głowy w łóżku								
4	Toaleta całego ciała w łóżku								
5	Toaleta całego ciała pod natryskiem								
6	Toaleta całego ciała w wannie								
7	Higiena intymna								
8	Ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej								
9	Zmiana bielizny osobistej i pościel. w łóżku								
10	Toaleta p/odleżynowa								
11	Zastosowanie udogodnień w łóżku								
12	Zastosowanie materaca p/odleżynowego								
13	Pomiar ciśnienia tętniczego krwi								
14	Pomiar tętna								
15	Pomiar temperatury								
16	Pomiar oddechów								
17	Pomiar masy ciała								
18	Pomiar wzrostu								
19	Przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego								

Indywidualna karta zleceń pielęgniarских wykonywanych przez opiekuna medycznego
na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

Nr strongy

Imię i Nazwisko..... PESEL / Nr KG.....

[illegible]