

Imię _____				REALIZACJA PLANU OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ												FM 102C		
Nazwisko _____																		
PESEL: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA (problemy pielęgnacyjne)	DZIAŁANIA PIELĘGNIARSKIE	Doba			
			Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc		
		DATA																
	Właściwe zaznacz - X	Kategoria																
OGRANICZENIE SPRAWNOŚCI RUCHOWEJ		53.																
		54.																
		55.																
		56.																
		57.																
	Podpis i pieczęć pielęgniarki																	
UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W LECZENIU		58.																
		59.																
		60.																
		61.																
		62.																
		63.																
		64.																
		65.																
		66.																
		67.																
		68.																
		69.																
		70.																
		71.																
		72.																
		73.																
		74.																
		75.																
		76.																
		77.																
		78.																
		79.																
		80.																
		81.																
		82.																
		83.																
		84.																
		85.																