

<div>Nazwisko</div> <div>Imię</div> <div>PESEL</div> <div>Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta</div>	<div>Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35</div> <div>Wydanie: 1</div> <div>Obowiązuje od:</div>	<div>Oddział :</div> <div>FM 95</div> <div>PROTOKÓŁ ANALGOSEDACJI</div>
---	---	---

Zabieg: planowy <input type="checkbox"/> , nagły <input type="checkbox"/> , ambulatoryjny <input type="checkbox"/>		ASA:	Masa ciała:
Rodzaj znieczulenia: Analgosedacja <input type="checkbox"/>	Premedykacja: p. os <input type="checkbox"/> , i.v <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM (dawka):		
Uwagi:			
Wyniki badań laboratoryjnych w historii choroby:			

Podane leki	Dawka	Suma	Parametry życiowe						
Midazolam			RR						
Fentanyl			SpO ₂						
Atropina			HR						
Remifentanyl			Tlenoterapia bierna						
			Analgosedacja	początek:			koniec:		

.....
Pieczętka i podpis lekarza anestezjologa

.....
pieczętka i podpis pielęgniarki anestezjologicznej