

<div>Nazwisko</div> <div>Imię</div> <div>WIEK</div> <div>Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta</div>	Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach										Sala nadzoru poznieczuleniewego				FM 48		
	Wydanie: 2		KARTA POOPERACYJNA										DATA			KOD PROCEDURY	
	Obowiązuje od: 25.03.2014																

Godzina:																																	
Zlecenia																																	
	24	240																															
	22	220																															
	20	42°	200																														
	18	41°	180																														
	16	40°	160																														
	14	39°	140																														
	12	38°	120																														
	10	37°	100																														
	8	39°	80																														
	6	35°	60																														
	4	34°	40																														
	2	33°	20																														
0	0																																
PŁYNY	podane																																
	wydalone																																
Pieczątką i podpis lekarza dyżurnego										Pieczątką i podpis pielęgniarki dyżurnej																							

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA CHOREGO PO ZNIECZULENIU	
I. AKTYWNOŚĆ	
<input type="checkbox"/> porusza wszystkimi kończynami samodzielnie lub na polecenie	
<input type="checkbox"/> porusza dwiema kończynami samodzielnie lub na polecenie	
<input type="checkbox"/> nie porusza się samodzielnie ani na polecenie	
II. ODDECH	
<input type="checkbox"/> wydolny	
<input type="checkbox"/> niewydolny	
III. KRAŻENIE	
RR	
Tętno	
SaO	
IV. PRZYTOMNOŚĆ	
<input type="checkbox"/> przytomny	
<input type="checkbox"/> budzi się na polecenie	
<input type="checkbox"/> nie reaguje	
V. KOLOR SKÓRY	
<input type="checkbox"/> różowa	
<input type="checkbox"/> biała, plamista	
<input type="checkbox"/> sina	
VI. ZALECENIA	
Data _____ godzina _____	
Podpis przekazującego _____	
Podpis odbierającego _____	