

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------|-----------|----------|
| <div>Nazwisko</div> <div>Imię</div> <div>PESEL</div> <div>Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta</div> | Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach | | | Oddział : | FM 30 |
| | Wydanie: 2 | Str. | KARTA OBSERWACJI PACJENTA PODCZAS TRANSFUZJI | | |
| | Obowiązuje od: 14-05-2012 | | | | |

| Lp. | Data | Nazwa preparatu | Numer donacji | Dawca ABO, Rh | Przed przetoczeniem | | | 15 min po rozpoczęciu | | Po zakończeniu przetoczenia | | | Uwagi, powikłania poprzetoczeniowe | Nazwisko i imię lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie |
|-----|------|-----------------|---------------|---------------|---------------------|-------|------|-----------------------|------|-----------------------------|-------|------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| | | | | | RR | Tętno | Temp | Tętno | Temp | RR | Tętno | Temp | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |