

<p>_____ Nazwisko</p> <p>_____ Imię</p> <p>_____ PESEL</p> <p>Miejsce na naklejkę z danymi pacjenta</p>	<p align="center">Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach</p>		<p align="center">FM 72</p>
	Wydanie: 1	<p align="center">PROTOKÓŁ ZAŁOŻENIA WKŁUCIA CENTRALNEGO</p>	
	Obowiązuje od: 01-06-2013		

Data	Oddział	Nr Księgi Głównej	Nr Księgi Oddziału
Rozpoznanie:	Cel założenia wkłucia:	Czas trwania zabiegu	od godz.
			do godz.
Akcja serca:	Krążenie:	Oddech:	RR:
Podane leki:		Zalecenia:	
Uwagi:		Typ cewnika/ ew.nr katalogowy	
		Podpis i pieczęć lekarza zakładającego wkłucie:	
		Podpis i pieczęć pielęgniarki anestezjologicznej:	