KARTA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

DATA: .....

Nazwisko / płeć / imię noworodka: .....

Data urodzenia: ..... Nr ks. głównej: .....

Masa ciała: ..... stracił / przybrał .....

Godzina	**Stan noworodka** Blady **B** Różowy **R** Siny **S** Żółtaczka **Ż** Czerwony **C** Fototerap. **F**	**Temp. Ciała** Odbyt **O** Skóra **S** (co 24 h)	**Częstość Oddech.** (co 12 h)	**Saturacja** **Ekg** (co 3 h)	**Tlen** FiO2 w Namiot Inkubat.	**Sposób karmienia** Nie karm. Smok Sonda/smok Pierś Liczba ml	**Zaleganie Pokarm.** Tr. Żół. Żółciowe Zielone Krwiste Inne Wymioty Ulewanie Liczba ml	**Stolec** Brak Smółka Zes Ae Es Ei I K	**Mocz** DZM Worek **W** Pielucha **P** Ilość ml zliczana Na zakończ. dyżuru	**Kontakt Żylny** Prawa ręka **PR** Lewa ręka **LR** Prawa noga **PN** Lewa noga **LN** Zmiana miejsca Wkłucia - zaznaczyć godz.
8										
11										
14										
17										
20										
23										
2										
5										

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....

Pielęgniarka (imię i nazwisko) w godzinach: **7.00 - 19.00** .....

19.00 - 7.00 .....

[illegible] (0-91) 818 [illegible]/ fax [illegible] MED-POL 037