Karta intensywnego nadzoru (Oddział Wewnętrzny(Imię i nazwisko:..... Wiek..... Sala..... Data.....

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Monitor EKG																								
HR																								
RR																								
Oddech częstość																								
Respirator Intubacja																								
Cewnik Foleya																								
Temperatura																								
Zabiegi pielęgnacyjne																								
Podano płyny																								
Wydalono płyny																			Bilans dobowy					

Karta intensywnego nadzoru (Oddział Wewnętrzny(Imię i nazwisko:..... Wiek..... Sala..... Data.....

Iniekcje	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Leki doustne																								
Badania																								