SP ZOZ OBORNIKI

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

KARTA ZLECEŃ LEKARSKICH

Imię i Nazwisko: ..... Data: .....

Wiek: ..... Doba leczenia: .....

Lp.	**Płyny infuzyjne**	Objętość	Dodatki	Tempo infuzji
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Lp.	**Infuzje leków**	Dawka	Objętość	Szybkość infuzji ml/h	Dawka dobowa
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Lp.	**Antybiotyki**	Dawka	Droga podania	Godziny		
1.						
2.						
3.						

Lp.	**Analgosedacja**	Dawka	Droga podania	Godziny
1.				
2.				
3.				
4.				

Lp.	**Leki w dawkach podzielonych**	Dawka	Droga podania	Godziny	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

BADANIA LABORATORYJNE

Badanie	Godziny
Gazometria krwi tętniczej	
Gazometria mieszanej krwi żylnej	
Morfologia krwi	
Glikemia	
Elektrolity w surowicy	
Kwas mlekowy w surowicy	
Białko	
PTT, wsk. protrombinowy, INR	
APTT	
Fibrynogen	
D-dimery	
Badania nerkowe	
Badania wątrobowe	
Badania żywieniowe	
Enzymy zawałowe	
Badanie ogólne moczu	
Elektrolity w moczu	
EKG	
RTG klatki piersiowej	
KT	
Inne	

.....

Podpis lekarza