

DATA I GODZINA KONSULTACJI		DATA ZNIECZULENIA		DATA PRZYJĘCIA DO SZPITALA		NR HIST CHOR	
ODDZIAŁ CH-UR-ORT <input type="checkbox"/> NCH <input type="checkbox"/> CH-NACZ <input type="checkbox"/> OKUL <input type="checkbox"/> CH-SZ-TW <input type="checkbox"/> CH-OG <input type="checkbox"/> UROL <input type="checkbox"/> LAR <input type="checkbox"/> CH-PLAST <input type="checkbox"/>		INNY ODDZIAŁ <input type="checkbox"/>		SALA OPERACYJNA			
IMIĘ		NAZWISKO		WIEK			
ROZPOZNANIE KLINICZNE							
PLANOWANA OPERACJA							
WYWIAD							
ZNIECZULENIA		OGÓLNE <input type="checkbox"/> KIEDY?		POWIKŁANIA			
NIE <input type="checkbox"/>		PRZEWODOWE <input type="checkbox"/> KIEDY?		POWIKŁANIA			
CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA		NIE <input type="checkbox"/>		NYHA		TOLEANCJA WYSIŁKU DOBRA <input type="checkbox"/> ZŁA <input type="checkbox"/>	
CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO		NIE <input type="checkbox"/>					
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO I MIĘŚNI		NIE <input type="checkbox"/>					
CUKRZYCA		NIE <input type="checkbox"/> TYPI <input type="checkbox"/> TYPII <input type="checkbox"/>					
SCHOROZENIA TARCZYCY		NIE <input type="checkbox"/>					
SCHOROZENIA NEREK		NIE <input type="checkbox"/>					
SCHOROZENIA WĄTROBY		NIE <input type="checkbox"/>					
SCHOROZENIA ALERGICZNE		NIE <input type="checkbox"/>					
INNE SCHOROZENIA		NIE <input type="checkbox"/>					
UŻYWKI NIE <input type="checkbox"/> TYTOŃ <input type="checkbox"/> ALKOHOL <input type="checkbox"/> INNE <input type="checkbox"/>							
UCZULENIA NA LEKI NIE <input type="checkbox"/>							
BADANIA		PRZYTOMNY <input type="checkbox"/> NIEPRZYTOMNY <input type="checkbox"/>		GCS		P STAN FIZYCZNY DOBRY <input type="checkbox"/> WYNIŚCZONY <input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ <input type="checkbox"/>	
ODCHYLENIA W BADAANIU FIZYKALNYM							
BADANIA LABORATORYJNE		WBC		Hb		Ht	
		KREATYNYNA		GLUKOZA		BIAŁKO	
				PLYTKI		Na ⁺	
						K ⁺	
EKG							
RTG							
INNE							

[illegible][illegible]