

# INTENSYWNA TERAPIA KARDIOLOGICZNA

	35	36	37	38	39	40	41	GODZ.	OCZ	RF/O <sub>2</sub> -sat	PRZYJĄŁ			BILANS	WYDALIŁ	
40	60	80	100	120	140	160	180				oral	i.v.	łącznie		mocz	inne
								6 <sup>00</sup>								
								18 <sup>00</sup>								
								7 <sup>00</sup>								
								19 <sup>00</sup>								
								8 <sup>00</sup>								
								20 <sup>00</sup>								
								9 <sup>00</sup>								
								21 <sup>00</sup>								
								10 <sup>00</sup>								
								22 <sup>00</sup>								
								11 <sup>00</sup>								
								23 <sup>00</sup>								
								12 <sup>00</sup>								
								24 <sup>00</sup>								
								13 <sup>00</sup>								
								1 <sup>00</sup>								
								14 <sup>00</sup>								
								2 <sup>00</sup>								
								15 <sup>00</sup>								
								3 <sup>00</sup>								
								16 <sup>00</sup>								
								4 <sup>00</sup>								
								17 <sup>00</sup>								
								5 <sup>00</sup>								
											SUMA	i.v.	ŁĄCZNIE	BILANS	MOCZ	INNE

NAZWISKO, IMIĘ  
WIEK

PRZYJĘCIE DN.

NR KARTY

BILANS:

DIAGNOZA

DATA

ILOŚĆ PŁYNÓW DOUSTNYCH:



**PIEŁĘGNIARKA  
LEKARZ**

ZD:  
ZD:

**PIEŁĘGNIARKA  
LEKARZ**

ZN:  
ZN:

8.301

[illegible]

## WYNIKI BADAŃ



[illegible]



