

**KARTA MONITOROWANIA POOPERACYJNEGO**

Naklejka

Data.....

Imię i Nazwisko Pacjenta..... lat.....

Rodzaj zabiegu operacyjnego .....znieczulający.....

Pomiar parametrów życiowych wg zlecenia lekarskiego / standardu

Wartości wyjściowe o godz..... RR..... HR.....

Godz.	RR	HR	SpO2	Temp	Płyny przyjęte	Diureza	DRENAŻ grawitacyjny, ssący ilość	Glikemia

Podpis pielęgniarki 7-19 .....

Podpis pielęgniarki 19-7 .....