

KARTA POMIARU PARAMETRÓW

Nazwisko i imię pacjenta								
PESEL				miesiąc				
Data	Ciśnienie tętnicze krwi RR	Tętno	Oddech	Temper. ciała	Obrzęki	Pomiar glikemii	Podpis pielęgniarki	Uwagi
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

Data	Obserwacje pielęgniarki	Pieczęć i podpis pielęgniarki