

KARTA OPIEKI NAD PACJENTEM PO ZNIECZULENIU W SALI NADZORU POZNIECZULENIOWEGO

Imię i nazwisko pacjenta PESEL Data znieczulenia

Oddział Nr historii choroby Rodzaj zabiegu znieczulenie

	Godzina									
Czynności przygotowujące <input type="checkbox"/> Przygotowanie respiratora <input type="checkbox"/> Przygotowanie sprzętu do otrzymania drożności dróg oddechowych <input type="checkbox"/> Przygotowanie sprzętu monitorującego <input type="checkbox"/> Przygotowanie ssaka	HR, RR									
	240									
	220									
	200									
	180									
	160									
	140									
	120									
	100									
	80									
60										
40										
20										
0										
Przyjęcie pacjenta po znieczuleniu Godzina przyjęcia <input type="checkbox"/> Alergie (jakie) <input type="checkbox"/> dostęp iv obwodowy <input type="checkbox"/> dostęp iv centralny <input type="checkbox"/> sonda żołądkowa <input type="checkbox"/> cewnik Foley <input type="checkbox"/> grupa krwi Oddech: <input type="checkbox"/> własny <input type="checkbox"/> własny rurka tracheostomijna <input type="checkbox"/> kontrolowany rurka intubacyjna <input type="checkbox"/> kontrolowany rurka tracheost.	SpO2									
	Oddech									
	Ekstubacja/intubacja									
	Temperatura									
	LEKI									
	Wymioty									
	Mocz									
	Drenaże									
	KKcz									
	FFP									
Inne										
Opieka pielęgniarska <input type="checkbox"/> utrata krwi ml <input type="checkbox"/> ogrzewanie <input type="checkbox"/> materac <input type="checkbox"/> inkubator <input type="checkbox"/> toaleta drzewa oskrzelowego <input type="checkbox"/> odsysanie wydzieliny z jamy ustnej/nosowej <input type="checkbox"/> sonda żołądkowa ml <input type="checkbox"/> cewnik Foley'a ml <input type="checkbox"/> pobieranie materiału do badań: <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> opatrunek na ranie: <input type="checkbox"/> suchy <input type="checkbox"/> przekrwiony <input type="checkbox"/> wymiana <input type="checkbox"/> profilaktyka p/bólowa <input type="checkbox"/> profilaktyka p/wymiotna	Krew i preparaty krwiotopoch.									
	Wymioty									
	Mocz									
	Drenaże									
	KKcz									
	FFP									
	Inne									
	W sumie pkt									
	Ocena pooperacyjna Skala Aldreta Aktywność: <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Oddech <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Krążenie <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Przytomność <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 Kolor skóry <input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2 W sumie pkt	Płynny								
		Wydalone								
Wymioty										
Mocz										
Drenaże										
KKcz										
FFP										
Inne										
W sumie pkt										
UWAGI:		Przekazanie pacjenta: <input type="checkbox"/> na oddział, godzina wypisu <input type="checkbox"/> płyny infuzyjne Lekarz anestezjolog (podpis) <input type="checkbox"/> dokumentacja przekazana <input type="checkbox"/> Pielęgniarka przyjmująca (podpis) Pielęgniarka anestezjologiczna (podpis) <input type="checkbox"/> Opiekun prawny (podpis)								