

NAZWISKO..... IMIĘ..... PESEL.....

LP	ROK.....	MIESIĄC.....	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	SUMA			
1.	LICZBA WIZYT																																				
2.	KONSULTACJE LEKARSKIE																																				
3.	ŚWIADCZENIE W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB																																				
4.	PRZYGOTOWANIE I AKTYWIZOWANIE DO SAMOOPIEKI I SAMOPIELĘGNACJI																																				
5.	TOALETA P/ODLEŻYNOWA																																				
6.	INIEKCJE PODSKÓRNE																																				
7.	INIEKCJE DOMIĘŚNIOWE																																				
8.	INIEKCJE DOŻYLNIE																																				
9.	WLEW KROPOWY																																				
10.	WYMIANA CEWNIKA																																				
11.	PIELĘGNACJA I LECZENIE ODLEŻYN																																				
12.	OPATRUNEK RAN																																				
13.	KOMPRES /OKŁAD																																				
14.	PIELĘGNACJA RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ																																				
15.	ODSYSANIE																																				
16.	PIELĘGNACJA STOMII																																				
17.	POBIERANIE MATERIAŁU DO BADAŃ																																				
18.	KONTROLA POZIOMU CUKRU WE KRWI																																				
19.	MONITOROWANIE DOBOWEJ ZBIÓRKI MOCZU																																				
20.	LEWATYWA																																				
21.	INHALACJE																																				
22.	POMIAR RR / CIEPŁOTY CIAŁA																																				
23.	POMIAR MASY CIAŁA/WZROSTU																																				
24.	KONTROLA I KONFEKCJONOWANIE LEKÓW																																				
25.	REHABILITACJA PRZYŁÓŻKOWA																																				
26.	OCENA PACJENTA WG SKAL																																				
27.	INNE																																				
28.	PODPIS																																				