ГБУЗ «_____» отделение _____

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

«_____»_____20_____г. _____сутки в АРО 2

Ф.И.О._____№ и/б_____

8:30-16:42 деж. врач _____ подпись
м/с _____ подпись

Возраст _____лет, вес _____кг, Аллергия _____

16:42-8:30 деж.врач_____ подпись
м/с _____ подпись

Диагноз _____ стол _____

Назначения	**PS АД**																								
Холод на рану	230																								
Режим ИВЛ	220																								
FiO %	210																								
Pinsp	200																								
ASB	190																								
f ап/сп	180																								
	170																								
мл в /в	160																								
мл в /в	150																								
	140																								
	130																								
	120																								
	110																								
	100																								
	90																								
	80																								
	70																								
	60																								
	50																								
	40																								
SpO2 %	30																								
	20																								
Диурез	10																								
ЭКГ	0																								
Ro-графия																									

в/вено-
энтер.-
дренаж-

диурез-
зонд-
стул-

Баланс =