OCENA PIELĘGNIARSKO/RATOWNICZA STANU PACJENTA

Pieczęć lub nazwa oddziału PESEL…………………………………………….

NAZWISKO I IMIĘ ……………………………………Oddział ……………………………………………………….…..Wiek………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data / Godzina** | **Ocena Pielęgniarska dokonywana na koniec dyżuru** | **Podpis, pieczątka pielęgniarki** |
|  |  |  |

OCENA PIELĘGNIARSKO/RATOWNICZA STANU PACJENTA

Pieczęć lub nazwa oddziału PESEL…………………………………………….

NAZWISKO I IMIĘ ……………………………………Oddział ……………………………………………………….…..Wiek………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data / Godzina** | **Ocena Pielęgniarska dokonywana na koniec dyżuru** | **Podpis, pieczątka pielęgniarki** |
|  |  |  |