**Załącznik nr.\_ \_ \_**

KARTA LECZENIA ODLEŻYN I INNYCH RAN

|  |
| --- |
| **I. Dane o pacjencie**  |
| Nazwisko i imię (inicjały) |  | Wiek |  |
| Oddział |  | Nr sali  |  |

|  |
| --- |
| **II. Dane dotyczące leczenia odleżyn i innych ran** |
| Data | Opis i umiejscowienie rany | Odleżyna - stopień | Owrzo-dzenie | Inne rany | Faza gojenia  | Objawy |
| Oczy-szcza-nie | Ziar-nio-wanie | Naskór-kowa-nie | Zakażenie | Ból | Zaczer-wienie-nie | Odór | Obrzęk | Krwa-wienie | Dużywysięk |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Data i podpis studenta/tki |  |