**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 | Duży  wysięk |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| …./…./…….r. |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| Data i podpis studenta/tki | |  | | | | | | | | | | | | |