**Załącznik nr.\_ \_ \_**

KARTA MONITOROWANIA RANY POOPERACYJNEJ

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

|  |
| --- |
| **II. Dane dotyczące rany pooperacyjnej**  |
| Data zabiegu |  | Rodzaj zabiegu |  |
| Rodzaj rany | * czysta
 | □ |
| * czysta-skażona
 | □ |
| * skażona
 | □ |
| * brudna
 | □ |
| * zakażona
 | □ |
| Okołooperacyjna profilaktyka antybiotykowa | * nie
 | □ |
| * tak
 | □ |
| Rodzaj |  |
| **Data** |  |  |  |  |
| **Dzień po zabiegu** |  |  |  |  |
| Zapach z rany |  |  |  |  |
| Krwawienie z rany | □ | □ | □ | □ |
| Obecne dreny | □ | □ | □ | □ |
| Rodzaj wydzieliny |  |  |  |  |
| Ilość wydzieliny | *ml* | *ml* | *ml* | *ml* |
| Ropa | □ | □ | □ | □ |
| Naciek zapalny | □ | □ | □ | □ |
| Obrzęki | □ | □ | □ | □ |
| Uwagi |  |  |  |  |
| Data i podpis studenta/tki |  |