

	Mg mmol / l								
	Cl mmol / l								
	P mmol / l								
	Glukoza								
	Mocznik								
	Kreatynina								
	Białko /albuminy g /l								
	Bilirubina								
	AspAT / AIAT i.u.								
	GGTP/AlkP i. u								
	LDH i.u								
	Amylaza/lipaza i.u.								
	Cholesterol								
	Triglicerydy								
	CRP mg / l								
	Hb/Ht								
	WBC/TLC								
	Płytki krwi								
	INR/APTT								
	Fibrynogen								
INNE									
Temp°C ciała									
DOŚTĘP NACZYNIOWY		Data :							
Wskazania:									
Żyła :									
Cewnik :									
Metoda wprowadzenia cewnika:									
Miejsce wykonania zabiegu:				Blok operacyjny <input type="checkbox"/>		Inne <input type="checkbox"/>			
Przepływ				Dobry <input type="checkbox"/>		Zły <input type="checkbox"/>			
Prowadnica				Usunięta <input type="checkbox"/>		Nieusunięta <input type="checkbox"/>			
Położenie cewnika w rtg									
Lekarz wprowadzający cewnik:					Pielęgniarka asystująca:				
Data usunięcia									
Przyczyna usunięcia									
Wynik posiewu -krew:				Wynik posiewu – koniec wewnętrzny cewnika.					

OPIEKA NAD CEWNIKIEM:

Wymiana przedłużacza / kranika/ korka interlink									
Data									
Podpis									
Opatrunek w miejscu wyprowadzenia cewnika									
Data:									
Podpis									

* w przypadku uzupełniania mieszaniny żywieniowej o dodatkowe składniki odżywcze, należy wykazać je w rubrykach poniżej

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego

.....
podpis i pieczęć członka zespołu żywienia