pieczątka Kliniki / Oddziału

☐ **KARTA POZIOMU GLIKEMII*** / ☐ **KARTA ZLECEŃ WZMOŻONEJ INSULINOTERAPII***

F/PP-01/Z14/E002

„Dokument wypełniany papierowo"

Nazwisko i imię: .....

Nr Ks. Gł. ..... Data ur: D D M M R R R R **PESEL:**

I. Pomiar poziomu glikemii				II. Zlecenia lekarskie			III. Realizacja zlecenia	
Data:	Godzina:	Glikemia:	Pieczątka i podpis pielęgniarki / położnej:	Godzina:	Nazwa leku, dawka, droga podania:	Pieczątka i podpis lekarza	Godzina:	Pieczątka i podpis pielęgniarki / położnej:

UCK/DIW/025

* zaznacz właściwe