KARTA CIĄGŁEJ TERAPII NERKOZASTĘPCZEJ

_____ PESEL: | | | | | | | | | | | Nr ks. gł: _____

nazwisko i imię pacjenta

Data	Godz.	Przepływ krwi (ml/min)	Płyn substyt. (ml/h)	PRZ. (%)	Usuwanie płynu (ml/h)	PBP (ml/h)	Dializat (ml/h)	Napływ (mmHg)	Filtr (mmHg)	Pł. odp. (mmHg)	Powrót (mmHg)	TMP	Filtr	Komp Ca (%)	20% $MgSO_4$ (ml/h)	Cytrynian (mmol/l)	Podpis lekarza