დანართი 10

სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-300-9/ა

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19მარტის N108/ნ ბრძანებით

პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი .....

ბარათის ნომერი .....

განყოფილება _____ პალატის ნომერი _____

ანალიზი	თ ა რ ი ღ ი																								
	„ . . . " . . . . 20. . წ															„ . . . " . . . . 20. . წ								
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9
კოაგულოგრამა																								
შაქარი																								
ელექტროლიტები																								
T/A ქქH3																								
Ps																								
t0C																								
სუნთქვა																								
მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა																								
დეფეკაცია																								
დრენაჟიდან გამოყოფილი სითხის რაოდენობა																								
დიურეზი																								
დანიშნულება																								

ara	თარიღი																							
	„...“ ....20 წ															„...“............20..წ								
დანიშნულება	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9

მორიგე ექიმის სახელი, გვარი --------------------------- ხელმოწერა ---------------

ექთნის სახელი, გვარი --------------------------- ხელმოწერა -----------------