

	Karta Przekazania Pacjentki Rodzącej pod Opiekę Szpitala Szpital Miejski im. Franciszka Raszei	Wydanie 01 Strona 1/1
	Załącznik 1 do Standardu S-lp.004	Ważne od 05.08.2024

IMIĘ I NAZWISKO:	
PESEL:	
ADRES:	
ROZPOZNANIE:	Ciąża.....Tydzień TP..... OM.....
POWÓD TRANSFERU:	
DATA I GODZINA PODJĘCIA DECYZJI O TRANSFERZE:	
STAN OGÓLNY RODZĄCEJ:	HR: RR..... Temp.
TĘTNO PŁODU:	
PRZEBIEG OPIEKI:
PODJĘTE DZIAŁANIA:
DATA I GODZINA PRZEKAZANIA OPIEKI:	
STAN OGÓLNY RODZĄCEJ:	HR: RR..... Temp.
TĘTNO PŁODU:	
UWAGI:

Podpis i pieczętka osoby
przekazującej opiekę:

Podpis i pieczętka osoby
obejmującej opiekę: