

b-006

Bilans płynów

(Imię i nazwisko)

(Wiek)

Data	Godz	Mocz	Płyny doustne		Płyny dożyłne		RR	Waga ciała	UWAGI
	6								
	↓								
	14			S:		S:			
	Suma:	Suma:							
	14								
	↓								
	22			S:		S:			
	Suma:	Suma:							
	22								
	↓								
	6			S:		S:			
	Suma:	Suma:							
		S:		S:					

	6								
	↓								
	14			S:		S:			
	Suma:	Suma:							
	14								
	↓								
	22			S:		S:			
	Suma:	Suma:							
	22								
	↓								
	6			S:		S:			
	Suma:	Suma:							
		S:		S:					

(Imię i nazwisko)

(Wiek)

Bilans płynów

Data	Godz	Mocz	Płyny doustne		Płyny dożylne		RR	Waga ciała	UWAGI	
	6 ↓ 14			S:		S:				
		Suma:	Suma:							
	14 ↓ 22			S:		S:				
		Suma:	Suma:							
	22 ↓ 6			S:		S:				
		Suma:	Suma:							
		S:		S:						

	6 ↓ 14			S:		S:				
		Suma:	Suma:							
	14 ↓ 22			S:		S:				
		Suma:	Suma:							
	22 ↓ 6			S:		S:				
		Suma:	Suma:							
		S:		S:						