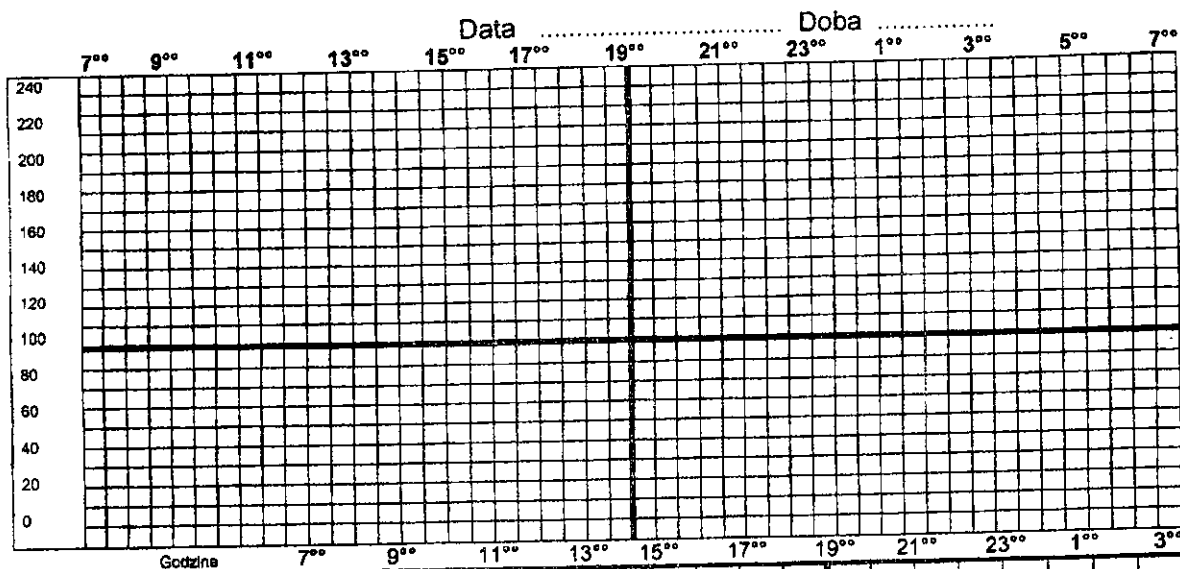


# ODDZIAŁ INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ I ANESTEZJOLOGII

Nazwisko i imię ..... Pesel: ..... Wiek.....



Godzina														Bilans	
														Dz	N
Leki															
Płyn podane dożylnie															
Inną drogą														ogółem	
Wydalone	Mocz														
	Krew														
	Żółtek													ogółem	
	Stolec														
	Przetoka														
	Dreny														

Bilans ogólny :

(+) .....  
=====

(-) .....

..... + ..... = .....  
Płyn podane

..... + ..... = .....  
Płyn wydalone