

KARTA ZMIANY POZYCJI CIAŁA*
Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, ul. Wiejska 9, 87 - 300 Brodnica

Nazwisko, imię pacjenta Nr sali chorych

PESEL pacjenta Częstotliwość zmiany pozycji

DATA	GODZINA	POZYCJA CIAŁA	UWAGI	PIECZĄTKA, PODPIS

* zmiana pozycji ciała pacjenta co 2 godziny

P - prawy bok L - lewy bok W - wznak B - brzuch

Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, ul. Wiejska 9, 87 - 300 Brodnica

PESEL pacjenta Częstotliwość zmiany pozycji



P - prawy bok **L** - lewy bok **W** - wznak **B** - brzuch