



Αρ. Μητρ. Ασθ:

Αρ. Θαλ: Κλίνη:

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημ/νία Εισόδου:

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΟΡΗΓΗΣΗ

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Φλεβοκαθετήρας Νο _____	<input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Ημ/νία τοποθ.:	Άλλη φλεβική γραμμή	Είδος :
Φλεβοκαθετήρας Νο _____	<input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Ημ/νία τοποθ.:		<input type="checkbox"/> Δ <input type="checkbox"/> Α <input type="checkbox"/> Ημ/νία τοποθ.:

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ

Είδος - Θέση : _____	Είδος - Θέση : _____	Είδος - Θέση : _____
Ημ/νία τοποθ.:	Ημ/νία τοποθ.:	Ημ/νία τοποθ.:

ΟΥΡΟΚΑΘΗΤΗΡΑΣ:

Είδος : _____ Νο _____
Ημ/νία τοποθ. :

LEVIN:

Νο _____ Σίτιση Παροχ/ση
Ημ/νία τοποθ. :

ΗΜΕΡ.	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ *					ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ *					
	Ενδοφλεβίως					Εντερικώς			Είδος	Ποσό (ml)	Υπογρ
	Είδος	Ποσό (ml)	Ροή (ml/h)	Ώρα εφαρμ	Υπογρ	Είδος	Ποσό (ml)	Υπογρ			

* Στο τέλος κάθε 24ωρου αναγράφεται το συνολικό ποσό

ΗΜΕΡ.	ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΑ ΥΓΡΑ *							ΑΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΑ *			
	Ενδοφλεβίως					Εντερικώς			Είδος	Ποσό (ml)	Υπογρα
	Είδος	Ποσό (ml)	Ροή (ml/h)	Ώρα εφαρμ	Υπογρα	Είδος	Ποσό (ml)	Υπογρα			