

Karta monitorowania pacjenta podczas hipotermii leczniczej

Imię i nazwisko pacjenta: **PESEL:** /./././././././././././././././././..... **Data i godzina i minuta rozpoczęcia:**

Rodzaj zastosowanej hipotermii wg ICD-9: Data i godzina i minuta zakończenia:

[illegible]

(*) parametry minimalne wynikające z warunków realizacji świadczenia określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanej z zakresu leczenia szpitalnego i rekomendacji nr 124/2012 Prezesa AOTMiT

Imię i nazwisko pielęgniarki:

Imię i nazwisko lekarza: