Место подклеивания

# Лист выполнения манипуляций медсестрой перевязочного кабинета

№

МКСБ № …… ФИО пациента ……..... Палата №……..... Дата госпитализации……..

| Дата выполнения манипуляции *(план/внеплан.)* | Дата предполагаемой замены повязки | № на схеме/ название кожного дефекта | Используемые лекарственные и перевязочные средства | | | Особенности *(кровотечение, лимфорея, обильное отделяемое и пр.)* | ФИО/ подпись м/с |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Лекарственные средства | Перевязочные средства | Материалы для фиксации повязки | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ФИО/подпись старшей м/с…….....

# Лист выполнения манипуляций медсестрой перевязочного кабинета

МКСБ № …… ФИО пациента ……..... Палата №……..... Дата госпитализации……..

| **Дата выполнения манипуляции** *(план/внеплан.)* | **Дата предполагаемой замены повязки** | **№ на схеме/ название кожного дефекта** | **Используемые лекарственные и перевязочные средства** | | | **Особенности** *(кровотечение, лимфорея, обильное отделяемое и пр.)* | **ФИО/ подпись м/с** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Лекарственные средства** | **Перевязочные средства** | **Материалы для фиксации повязки** | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ФИО/подпись старшей м/с…….....

Место подклеивания