

## 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: .....