

LISTA DI PREPARAZIONE PER LE VISITE GIORNALIERE

Data: _____

Nome del Paziente: _____

CIO' CHE HO OSSERVATO DALL'ULTIMO AGGIORNAMENTO

Stato di coscienza, respirazione, dolore, umore, colore della pelle, qualcosa di diverso:

NUMERI CHIAVE (indicare il cambiamento)

Dose di vasopressori

☐ Su☐ Giu☐ Uguale

Ossigeno / Supporto ventilatorio

☐ Su☐ Giu☐ Uguale

Produzione di urina

☐ Su☐ Giu☐ Uguale

Altro:

☐ Su☐ Giu☐ Uguale**LA MIA DOMANDA PIU IMPORTANTE PER IL MEDICO**

DOMANDE AGGIUNTIVE

PREOCCUPAZIONI NON RISOLTE DI IERI

CIO CHE HO SENTITO DURANTE LA VISITA

PROSSIMI PASSI☐

☐

☐
