KARTA OBSERWACJI STOMII

NAZWISKO: .....

IMIĘ: .....

DATA OPERACJI: ..... NR HISTORII CHOROBY: .....

WYZNACZENIE MIEJSCA STOMII: **TAK** ☐ **NIE** ☐

RODZAJ STOMII: **ILEO** ☐ **KOLO** ☐ **URO** ☐

JEDNOLUFOWA ☐ **DWULUFOWA** ☐

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA

DATA	BEZ ZMIAN	OBRZĘK	KRWAWIENIE	MARTWICA	WPADNIĘCIE	KONSYST. WYDALIN	GAZY	WZDĘCIA	STOLEC	IRYGACJA			OBSERWACJA SKÓRY WOKÓŁ STOMII	AKCESORIA ZASTOSOWANE NA SKÓRĘ PODCZAS WYMIANY SPRZĘTU STOMIJNEGO					PODPIS
										BRAK EFEKTU	GAZY	STOLEC	SKALA **SACS** L1 - zm. przekrwienna L2 - zm. nadżerkowa L3 - zm. wrzodziejąca L4 - zm. wrzodziejąca z martwicą L5 - zm. proliferacyjna TIV TI TV TIII TII	PŁYN DO ZMYWANIA	ŚRODEK OCHRONNY	PASTA	NEUTRALIZATOR ZAP	INNE	