

## DOBOWY BILANS PŁYNÓW

Imię i nazwisko ..... Nr sali.....

Klinika.....

Data założenia bilansu.....

DYŻUR W GODZINACH	PŁYNY PRZYJĘTE		WYDALONE	Podpis pielęgniarki prowadzącej bilans
	DOUSTNE	DOŻYLNE		
Od 6 – 18				
RAZEM				
Od 18 – 6				
RAZEM				
OGÓLEM: doustne i dożylne /z doby/				