Приложение N 1
к приказу **Комитета здравоохранения**
Правительства Москвы
от 30 декабря 1998 г. N 688

Карта интенсивной терапии
Лечебное учреждение _____
Отделение ____ Дата заполнения___

Ф.И.О.больного _____
Возраст _____
N и/б

Пала-
та

Койка

Группа крови_____ Rh_____

Аллергические реакции

Время			9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
35	40	250														
30	39	200														
ЧД25	Темр 38	АД 150														
20	37	ЧСС 100														
15	36	50														
10	35	0														
Па-ра-ме-тры ИВЛ	ЦВД															
	O2sat															
	CO2															
	ДО															
	МОД															
	O2															
	PEEP															
Назначения																
Желудочный зонд/per os																
Получасовой диурез																
Стул																
Дренажи																

23	24	1	2	3	4	5	6	7	8

Диагноз _____
_____
Операция _____
_____
Дата операции _____
Сутки наблюдения _____

Аппарат ИВЛ:
Вид ИВЛ:

Эндотрахеальная трубка:
Трахеостомическая трубка:

Обследования:

Глюкоза	Общий анализ крови
Билирубин	Общий анализ мочи
Холестерин	Анализ мочи на сахар, ацетон
Общий белок	Амилаза
Белковые фракции	Микробиологические исследования с идентификацией возбудителя и определением чувствит. к антибиотикам: крови мочи мокроты раневого отделяемого Анализ ликвора Химико-токсикологическое исследование крови, мочи
АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ, КФК	
Мочевина	
Креатинин	
Ht, Hb	
K, Na, Ca, Cl	
КЩС	
Коагулограмма	
Осмолярность	
Rg-исследования	
УЗИ	
ЭКГ	
Консультации:	

Лечебные мероприятия

Диета _____

Объем питания	Через зонд	Per os
	_____	_____
Каллораж питания	_____	_____

Итоги

Объем потребления жидкости:	Потери жидкости:
Гемотрансфузия _____	Кровопотеря _____
В/венно_____	Диурез_____
Энтерально_____	Дренажи_____
_____	_____

Баланс жидкости:
--_____+_____/сут

Врач _____
Медсестра _____