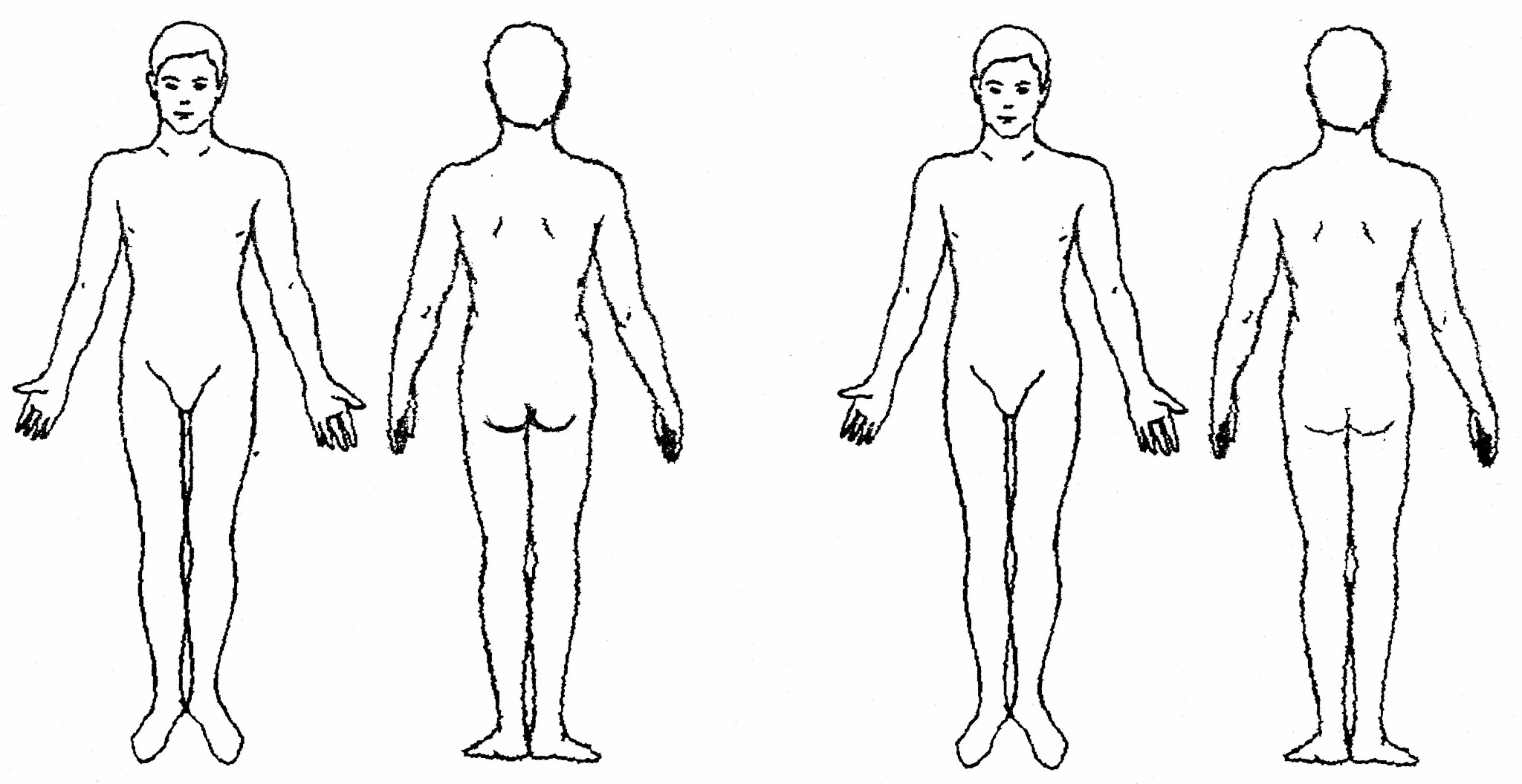
**KARTA ZMIAN SKÓRNYCH I ODLEŻYN PODCZAS PRZYJĘCIA U MIESZKAŃCA**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia lub PESEL ……………………………………………………………………………………………………….

**NAZWA, LOKALIZACJA I NUMER ZMIANY SKÓRNEJ LUB ODLEŻYNY**



**Dodatkowe objawy:**

**- infekcja……………………………………………………………………………………………………………**

**- odór……………………………………………………………………………………………………………….**

**- ból ………………………………………………………………………………………………………………….**

**- krwawienie……………………………………………………………………………………………………..**

**- inne…………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Opis zmiany skórnej/ odleżyny( numeracja wg zaznaczenia na rysunku)…………….................**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Zastosowane środki/opatrunki ………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………..**

Podpis i pieczątka pielęgniarki