

**ODLEŻYNA**

**Data**

Numer:  
kolejny  
odleżyny

Rozmiar  
( cm x cm )

Stopień  
1 - 5

**Leczenie:** ogólne  
miejscowe  
opatrunki  
inne zleczone działania

**PODPIS**

lekarza

pielęgniarki

**UWAGI**

2

3

4

5

6

7

8

9