

LETTO N° _____ PAZIENTE _____
 BILANCIO IDRICO dalle ore _____ del _____ alle ore _____ del _____

Orario	ENTRATE		USCITE									
	Tipo Infusione	Quantità	Cat. Vesc	Dren. Dx	Dren. Sin	Splint 1	Splint 2	Nefros. Sin	Nefros. Dx	SNG		
TURNO DI LAVORO 7 / 14												
totale			totale									
TURNO DI LAVORO 14 / 22												
totale			totale									
TURNO DI LAVORO 22 / 7												
totale			totale									
Totale entrate giornal.			Totale uscite giornaliere									

