Міністерство охорони здоров'я України		Код форми за ЗКУД
Найменування закладу		Код форми за ЗКПО
		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА №
		Затверджена наказом МОЗ України 26.07.99р. № 184

ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТОК

Карта №
Дата
День хвороби

Прізвище, ім'я, по-батькові хворого_____
Палата № _____

День перебування у стаціонарі			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
П	**АТ**	**Т**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**	**Р**	**В**
140	200	41																														
120	175	40																														
100	150	39																														
90	125	38																														
80	100	37																														
70	75	36																														
60	50	35																														
Дихання																																
Вага																																
Добова кількість сечі																																
Кал																																
Ванна+ зміна білизни																																