

Dzienniczek Pacjenta

Ambulatoryjna impedancja/pH



Nazwisko Pacjenta : _____ Numer w rejestrze med : _____
Nazwisko Lekarza : _____ Pozycja cewnika : _____ cm
Data rozpoczęcia : _____ Leki podawane : _____
Czas rozpoczęcia : _____ Leki odstawione : _____



Posiłki i napoje

	Czas rozpoczęcia	Czas zakończenia	Komentarz
Posiłek ok. 08:00			
Napój ok. 10:30			
Posiłek ok. 13:00			
Napój ok. 15:30			
Posiłek ok. 18:00			
Napój ok. 20:00			
Napój ok. 22:00			



Sen

	Czas rozpoczęcia	Czas zakończenia	Komentarz
Drzemka dzienna			
Sen nocny			



Symptomy

	Czas rozpoczęcia	Komentarz
Symptom 1		
Symptom 2		
Symptom 3		
Symptom 4		
Symptom 5		
Symptom 6		

Można kontynuować wpisy na odwrocie niniejszego arkusza.

