

Assess <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		KD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Temp _____	IV Access _____
Alarm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		PP <input type="checkbox"/>	_____	_____
Pain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		One-Touch <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____	_____
IVMD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Meds <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____	_____

					TO DO:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VS	TIME	U/O	Amount	<input type="checkbox"/> Bath
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Weight: _____ Fluid Balance: 7-3 (+/-): _____ 24': _____

Intake	Output	<input type="checkbox"/> CXR:
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> CTScan:
		<input type="checkbox"/>

Vent. Settings			IVMD mcg/kg		PLAN:
<input type="checkbox"/> ETT #	LIP	CM	<input type="checkbox"/>		
FiO2 _____	% Wean:		<input type="checkbox"/>		
PEEP _____			<input type="checkbox"/>		
RR _____			<input type="checkbox"/>		
TV _____			<input type="checkbox"/>		

ABG: _____