Ministerio de Salud
Gobierno de Santa Cruz

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

Protocolo de Hemodíalisis

DATOS DEL PACIENTE | MES:

Nombre y Apellido: .....

Acceso vascular [ ] [ ] Hep.C [ ] Hep.B [ ] HIV [ ]

Fecha														
Sesión														
Peso seco en Kg.														
DATOS DEL TRATAMIENTO														
Peso anterior														
Peso previo														
Exceso de peso														
Peso posterior														
Pérdida de peso														
QB														
U.F. PROG. en ml.														
PTM														
Filtro														
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO														
Hora														
F.C. x minuto														
Tensión Arterial														
Temp. en ºC														
Presión venosa														
Hora														
F.C. x minuto														
Tensión Arterial														
Temp. en ºC														
Presión venosa														
Hora														
F.C. x minuto														
Tensión Arterial														
Temp. en ºC														
Presión venosa														
Hora														
F.C. x minuto														
Tensión Arterial														
Temp. en ºC														
Presión venosa														
HEPARINIZACIÓN														
Bolo														
Continua														
Tasa / horas														
Laboratorio – Rutina														
Laboratorio – Serología														
Laboratorio – Hemocult.														
OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA														

Fecha														
DESCARTABLES														
Tubuladura arterial														
Tubuladura venosa														
Aguja para fístula														
Jeringa de 1 cc.														
Jeringa de 10 cc.														
Jeringa de 20 cc.														
Pares de guantes descart.														
Paquetes de gasa mediana														
MEDICAMENTOS														
Solución fisiológica														
Heparina														
E.P.O.														
Hierro (EV)														
ATB														
Otros:														
Coagulación al retirar la aguja – Adecuada														
Coagulación al retirar la aguja – Prolongada														
Egreso compensado	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
HGT														
FIRMAS														
Paciente														
Técnico / enfermero														
Médico														

OBSERVACIONES MEDICAS