H.R.R.G. FORMULARIO Nº 000

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES - SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA - HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio de Emergencia Enfermería

Nombre y Apellido:.....Fecha:.....

Edad:.....Diagnostico:.....

Estudios Realizados: Rx. ◯ Lab. ◯ Ecog. ◯ Tac. ◯ Ecg. ◯ Otro ◯

Observaciones:.....

.....

.....

	1 Control hs.	2 Control hs.	3 Control hs.	4 Control hs.	5 Control hs.	6 Control hs.
TA						
FC						
T						
SAT 02						
FR						
HGT						

Lesion en: Craneo ◯ Cuello ◯ MSI ◯ MSD ◯ MID ◯ MII ◯

Columna: Cervical ◯ Dorsal ◯ Lumbar ◯ Sacra ◯ Torax ◯ Abdomen ◯

Observaciones:.....

.....

.....

GLAGOW		
1 Control hs.	2 Control hs.	3 Control hs.

Sol. Parenterales	1	2	3	4	5	6	7

SNG ◯ S. Vesical ◯ Vías Perifericas ◯ Tubo Torax ◯

Medicación	Hs.	Cantidad	Vía	Observaciones