

Indicación Diaria Servicio de Clínica Médica

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

Nº Hist. Clínica: Cama: Edad:

PHP / NTP

	Horas	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Endovenoso																									
Vía oral																									
Subcutáneo																									
Intramuscular																									
Aerosol																									
HGT																									
Balances																									
Diuresis																									
Cabecera																									
Vendas elásticas																									
KTM																									
Oxígeno																									
Nutrición																									
Orina 24 hs.																									
KTR																									
Rotar																									
FI O2																									

Cambio de Esquemas

Fecha:/...../.....

Firma y Sello

Firma y Sello