H.R.R.G.

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 000

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

SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

Indicaciones

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

Nº Hist. Clínica:.....Cama:.....Edad:.....

Teléfono: (.....).....Familiar responsable:.....

PHP .....

.....

.....

.....

NTP .....

.....

.....

.....

Horas	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Endovenoso																									
Vía oral																									
Subcutáneo																									
Intramuscular																									

HGT		Glasgow		Oxígeno		ARM	
Balances		Cabecera		Nutrición		PEEP	
Diuresis		Vendas elásticas		Orina 24 hs.		FI O2	
KTR		KTM		Polar			

.....

Firma y Sello