

Pedido de Receta Diaria por Paciente^(según uso)

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

N° Cama:.....Historia Clínica N°.....

	TURNOS		
	Mañana	Tarde	Noche
Perfus Radiopaco Fotosensibles			
Uro - Jeringa de Tonimey			
Catéter N° 18			
Catéter N° 20			
Catéter N° 22			
Sonda Nasogástrica T/K 9			
Sonda Nasogástrica T/K 10			
Sonda Nasogástrica T/K 11			
Perfus para Bomba 3M			
Sonda para Aspiración Manual T/K 32			
Set Subclavia Doble vía 7 FR x 30 cm. Adulto			
Set Subclavia Triple vía 7 FR x 30 cm. Adulto			
Testigo Gases p/Burbujeo x 500 ml. T/EFE-5			
Testigo Gases p/Burbujeo x 1.500 ml. T/EFE-15			
S.V. Foley 2 vías N° 14			
S.V. Foley 2 vías N° 16			
S.V. Foley 2 vías N° 18			
S.V. Foley 2 vías N° 20			
Tubo Endotraqueal N° 7			
Tubo Endotraqueal N° 7			
Tubo Endotraqueal N° 8			
Tubo Endotraqueal N° 8			
Llave de 3 vías			
Perfus N° 1			
Bolsa de Celestomía - Medida			
Mascara c/reservorio p/Ox Húmedo - 1007			
Bolsa Colectora de Orina T/K 207			
Otros			

.....
Firma