

Apellidos **P**Nombre **P (PPP)**Cama **PPP-P**Fecha Nac. **01/01/2009**Sexo **M**Médico **CABALLERO GRANADOS, F J**U.Enf. **DR06**Servicio **UROLOGÍA**Conf. hasta **07/06/14, 10**Val. hasta **07/06/14, 10**Hoja: **1 / 1****Registro Enfermería**

Alergias

Diagnóstico

**Alergia a IBUPROFENO, Alergia a CIPROFLOXACINO**

Miércoles, 30/09/15										Jueves, 01/10/15													
15	16	17	18	19	20	21	22	23	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14

**EURARTESIM 320mg/40mg comp recubiertos**

Inicio: 10/10/14, 15

4 COMP / C/24 h (a las 24 h)

Vía: ORAL

Fin.: --

									4 COMP														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**EURARTESIM 320mg/40mg comp recubiertos**

Inicio: 10/10/14, 15

4 COMP / C/24 h (a las 24 h)

Vía: ORAL

Fin.: --

									4 COMP														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Cuidados**

Código	Descripción	Inicio	Fin
CT	CONTROLES TURNOS	14/10, 11	--

**Dietas**

Código	Descripción	Inicio	Fin
DB	DIETA BLANDA	14/10, 11	--

Notas del tratamiento:

QUIERO 2000 MI DE SOL FISIOLÓGICA EN 24 H

Obs. del Tratamiento:

Firmas

Estados administración:  Administrada -  Anulada -  Pendiente -  En proceso

Med. no administrado por: Náuseas(N) - Vómito(V) - Quirófano(Q) - Precaución(P) - Rayos X(RX) - Diarrea(D) - Exploración(E) - Rechazo(R) - Analítica(A) - Stop(S) - Hemodialisis(H) - Reacción

Fecha Impresión 30/09/15, 17:39

Ref.: HojaAdministracion

Hoja 1 / 1