

AUXILIAR:

SEGUIMIENTO DE PACIENTES No..... A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-009

NO_

			1 10	
Nombre del Paciente:			Edad:	
Identificación	Т	eléfonos:	•	
Procedimiento		(Cirujano:	
Fecha del Procedimiento: DIA () MES() AÑO()	Bloqueo	/ DR.	
PRIMERA LLAMADA	SEGUNDA LLAMADA		TERCERA LLAMADA	
*DOLOR S/ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR	*DOLOR S/ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR		*SIGNOS DE INFECCIÓN: CALOR SI_ NO_ RUBOR SI_ NO_	
SANGRADO: SI NO	SANGRADO: SI NO_		INFLAMACIÓN SINO	
*MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTE SI NO	*MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTE SINO		SECRECIÓN SINO TIPO DE SECRECIÓN	
CUÁL? ANTIBIÓTICO SI NONA CUÁL? ANALGÉSICO SI NO NA	FRECUENCIA?NONA_ FRECUENCIA?	_	*OTROS SÍNTOMAS SINO CUÁL?	
CUÁL?	*MEDIAS ANTIEMBÓLICAS SINONA		ACTIVIDAD FÍSICA: DEAMBULA	
*MEDIAS ANTIEMBÓLICAS SI NO NA	*SIGNOS DE INFECCIÓN: CALOR SI_ NO_ RUBOR SI_	NO_	CON APOYO SI NO NA SIN APOYO SI NO NA	
*OTROS SÍNTOMAS SI NO CUÁL? *ACTIVIDAD FÍSICA: DEAMBULA	INFLAMACIÓN SI NO SECRECIÓN SI NO TIPO DE SECRECIÓN		*FINALIZO CONTROLES: SI NO NA	
CON APOYO SI NO NA _ SIN APOYO SI NO NA _	*OTROS SÍNTOMAS SINCCUÁL?		TERAPIAS SINONA	
*SENSIBILIDAD X BLOQUEO: PARCIAL SI NO NA _ TOTAL SI NO NA _	*ACTIVIDAD FÍSICA: DEAMB CON APOYO SI NO NA _ SIN APOYO SI NO NA		*FECHA DE CONTROL DIA () MES () AÑO ()	
* FUERZA : PARCIAL SI NONA TOTAL SI NO NA	*SENSIBILIDAD X BLOQUEO	:	() ()	
*FECHA DE CONTROL: DIA() MES() AÑO()	PARCIAL SINONA TOTAL SINONA *FUERZA: PARCIAL SINO TOTAL SINONA *FECHA DE CONTROL: DIA() MES() AÑO(
OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:	,	OBSERVACIONES:	
INFO DADA POR:	INFO DADA POR:		INFO DADA POR:	

AUXILIAR:

AUXILIAR: