

PSICO

CLINICA DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

Fecha

INFORME PSICOLÓGIA

Nota de Psicología
al Experto Clínico

DATOS GENERALES:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Registro Médico:

Psicóloga: Licda. Celeste Espel

Base

HISTORIA (BIRNE)

IMPRESIÓN CLÍNICA

Región de la Nota de Psicología al Experto Clínico 2

RECOMENDACIONES

Licda. Celeste Espel
Psicóloga Clínica
Colegiado # 7726

+ nombre paciente
para reportar
Semana

Nota de Nutrición al Expediente Clínico

REPORTE PACIENTE

NUTRICIÓN

UNIDAD DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL
FUNDANIER

Nombre:

Edad:

Diagnóstico:

Peso: kg

Talla: cms

IMC:

T/E:

• REQUERIMIENTOS:

Calorías

Proteína

• Razón de la nota:

~~Datos objetivos:~~

• Estado del paciente:

caso legal

traslado

omos

~~Datos subjetivos:~~

• Comentario y plan:

Atentamente,

Licda. Cristina Zelaya

Nutricionista

Col. 4591

Reporte diario de formular
alimenticios utilizados.

Nombre registro servicio producto cantidad.

ANTE

transfusiones

Fecha

Paquete globo

servicio de encamam

Signos vitales

Observaciones

Guatemala de de

Licenciada
Silvia Maria Haussler Herrera
SERVICIO ALIMENTACION
HOSPITAL ROOSEVELT

NUTRI

Estimada licenciada,

Deseándole un muy feliz año y éxito en todas sus actividades, me dirijo a usted para hacerle llegar el reporte de consumo de NEPRO del al

Reporte consumo NEPROS
Servicio de Hipertensión, Diálisis y Trasplante
Hospital Roosevelt

Mes:

Consumo total: latas (cajas)

Producto	Servicio	Cantidad
NEPRO	Nefrologia	

Cantidad total utilizada: latas (cajas)

Sin otro particular, me suscribo.

Muchas gracias,

Licda. Cristina Zelaya
Servicio Nefrologia Pediátrica

Registro: EDAD: _____

Registro De Transfu- _____

TRASPLANTE

V. 22 4



Reporte del equipo multidisciplinario en caso legal.

16
30-ABR-19

Trabajo Social

REPORTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA PEDIATRICA DE CASOS SOCIALES REFERIDOS A JUZGADOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Se hace constar que _____ quien se identifica con número de DPI _____ como madre _____ padre _____ del paciente _____ con historial clínico _____ con seguimiento en el servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Roosevelt, expediente judicial número _____ recibió la capacitación correspondiente para la atención de su hijo o hija post trasplante de riñón *multidisciplinario* para realizar Diálisis Peritoneal en el espacio con los requerimientos necesarios, Por lo que el equipo brinda su comentario correspondiente.

MEDICO: _____

Firma y sello

TRABAJO SOCIAL: _____

Firma y sello

PSICOLOGIA: _____

Firma y sello

NUTRICION: _____

Firma y sello

FARMACIA: _____

Firma y sello



R
30-05-12

HOJA DE COMPROMISO

Por este medio YO: (nombre completo) _____ de _____ años de edad, (estado civil), (nacionalidad), (profesión u oficio), quien me identifico con Documento Personal de Identificación y código único de identificación _____, extendido en _____, en calidad de (padre de familia o representante legal)(nombre completo) _____ de _____ años de edad, expediente Médico No. _____, actualmente con Dx. Médico de _____ y mal apego al tratamiento, ingresado en el servicio de NEFROLOGÍA, DIÁLISIS, etc. ^(en urgencia) por diálisis, hemodialisis, tratamiento diálisis fontanel, quien está en el programa de _____

Se me ha explicado del riesgo que corre ^(de su hijo) al no tener una buena adherencia al tratamiento, al no acudir el día y hora previstos, tanto para realización de pruebas como a las citas en esta unidad.

Por lo cual me comprometo a darle los cuidados necesarios y cumplir con lo siguiente:

1. Acudir con mi hijo, el día de su cita tanto a laboratorios como a consulta externa
2. Traer resultados recientes de laboratorio, los cuales le sean ordenados
3. Estar pendiente de administrarle sus medicamentos
4. Cumplir con la dieta estipulada por Licda. Nutricionista de Nefrología.

Se _____ me _____ ha _____ ofrecido

Al no cumplir con lo que me estoy comprometiendo me hacen saber que el caso de mi hijo por mal apego al tratamiento será presentado al Comité de Prevención de maltrato Infantil del Hospital, para tomar decisiones para el beneficio del menor.

Leo íntegramente el contenido de la presente y enterado de su objeto, validez y efectos legales, firmo la presente el día _____ de _____ de _____

F. _____
Nombre, firma y DPI Padre de familia



30-10-19

NOMBRE DEL PACIENTE:
REGISTRO MEDICO:
REGISTRO SOCIAL:
SERVICIO:
DIRECCIÓN:
FECHA:

*Nota de Trabajo Social
al Expediente Clínico -*

INFORME SOCIAL

MOTIVO DE SOLICITUD:

ANTECEDENTES DEL CASO:

DATOS PERSONALES:

GRUPO FAMILIAR:

SITUACIÓN DE SALUD:

SITUACIÓN SOCIOECONOMICA:



DIAGNOSTICO SOCIAL:

TRATAMIENTO SOCIAL EFECTUADO:

Licda.
Coordinadora de Módulo

Licda.
Trabajadora Social Nefrología

Licda.
Jefatura de Trabajo Social

Hospital
Roosevelt

^{SOCIECONOMICO}
ESTUDIO POR HOSPITALIZACION
TRABAJO SOCIAL

Fecha de entrevista _____

Registro medico _____

Registro social _____

Nombre del paciente _____

Dirección permanente _____

Dirección temporal _____

Diagnóstico medico _____

Sexo:

Femenino

☐

Masculino

☒

Estado civil:

Soltero

☒

Casado

☐

Unido

☐

Viudo

☐

Divorciado

☐

Edad (años y meses cumplidos) _____

Escolaridad:

Analfabeto

Alfabeta

x

Ultimo año cursado

Ocupación: _____

Salario Q. _____

Parentesco del paciente con relación a su grupo familiar:

Jefe de hogar

Conyuge

Hijo

x

Hermano

Otro especifique _____

Número de miembros del grupo familiar: _____

Aporte economico de otros familiares: _____

Diagnóstico social: _____

OBSERVACIONES: _____

Trabajador social: _____

Nombre

Firma

CLASIFICACION SOCIECONOMICA
(ver tabla adjunta).

TABLA DE CLASIFICACIÓN SOCIECONÓMICA DE TRABAJO SOCIAL PARA PACIENTES ENFERMEDAD RENAL CRÓNICO

<p>Según el INE para el mes de agosto del año 2012 la Canasta Básica Vital, mínimo alimentario, servicios básicos agua, luz, vestuario, vivienda, salud y transporte colectivo para familias de</p> <p>3 Miembros es de: Q.2,558.40 5 miembros es de: Q.4,668.61 Canasta Básica Alimentaria Q.2,494.00</p>	<p>Vivienda construida de block, techo de terraza o lámina con machimbre o cielo falso, con tres o más habitaciones, con piso, servicios básicos agua potable, energía eléctrica familia integrada por 4 o más miembros.</p>	<p>De acuerdo a ingresos y egresos tomando como parámetro lo que indica el INE, ingresos cubren la canasta básica vital</p>	<p>Diagnostico Económico Social</p> <p>Clasificación</p> <p>A</p>
	<p>Vivienda construida de block, techo de lámina sin machimbre o cielo falso, chorro público, pozo o camión cisterna, energía eléctrica, dos habitaciones para 4 o más miembros</p>	<p>De acuerdo a ingresos y egresos tomando como parámetro lo que indica el INE, ingresos les permite con dificultad cubrir canasta básica vital</p>	<p>Diagnostico Económico Social</p> <p>Clasificación</p> <p>B</p>
	<p>Vivienda construida de adobe, block, lámina, madera u otro material, sin piso, pozo, río camión cisterna con o sin energía eléctrica, una habitación para 3 o más miembros</p>	<p>De acuerdo a ingresos y egresos tomando como parámetro lo que indica el INE, los ingresos no les permite cubrir la canasta básica vital</p>	<p>Diagnostico Económico Social</p> <p>Clasificación</p> <p>C</p>

VIVIENDA:
Material de vivienda: block, adobe
Material del techo: cemento o lámina con machimbre o cielo falso.
• lámina sin machimbre
• lámina, madera, etc.
Habitaciones: 73. para 4 personas
2. para 40 más
1. para 50 más
PISO: cemento, tierra
servicios: agua potable - chorro público, pozo, camión cisterna y río
electruidad: si no.
miembros de familia > 4.

- ingresos: cubren canasta básica con dificultad cubren no cubren.

ADMIN

Estadísticas
que maneja administración

hospital
roosevelt

Estadísticas

Estadísticas del 04 al 10 de marzo 2019	
Consulta Externa de Niño Sano	58 pacientes
Consulta de Pediatría Tamizaje	08 consultas
Consulta de Trasplante	10 consultas
Consultas de protocolo de Trasplante Renal	06 consultas
Consulta de pre-diálisis	08 consultas
Consulta de Diálisis Peritoneal	06 consultas
Consultas de Hemodiálisis	06 consultas
Biopsias	00 biopsias
Tratamientos de Hemodiálisis	65 Tratamientos
Pacientes entrenados Diálisis Peritoneal	02 paciente
Colocación Catéteres de Hemodiálisis	00 catéteres
Colocación Catéteres de Diálisis Peritoneal	00 catéteres
Pacientes Trasplantados	00 paciente
Nuevos diagnósticos	01 paciente
Clases	02 clases
Fallecidos	01 paciente
Abandono de tratamiento	00 pacientes

transfusiones
emergencias HD
interconsultas
~~Año Sano~~

**Estadística de Pacientes
Atendidos en la Clínica de Nefrología Pediátrica**

NIÑO SANO

Enero 2012

24
2012-12

Pacientes atendidos según sexo

Sexo	Cantidad
NIÑOS	
NIÑAS	
Total	

Obs

Pacientes atendidos según rangos de edades

Edad	Cantidad
De 0 a 05 años	
De 06 a 10 años	
Mayores de 11 años	
Total	

Consultas y Reconsultas

Consultas	Cantidad
Reconsultas	
Total	

Pacientes atendidos según Diagnóstico Médico

Diagnóstico	Cantidad
SNI	
SN	
AU	
IRC	
IRA	
ITU	
UOM	
Tubulopatías	
Litiasis	
Otros	
Total	

SNI: síndrome nefrítico, **SN:** síndrome nefrótico, **AU:** anomalías urinarias asintomáticas, **IRC:** insuficiencia renal crónica, **IRA:** insuficiencia Renal Aguda, **ITU:** infecciones del tracto urinario, **UOM:** uropatía obstructiva.

S. Fernandez

SERVICIO DE NEFROLOGIA, HIPERTENSION, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

No.	Paciente	Servicio	Médico	Fecha
1	JORGE ALVARADO	4TO PISO B	Dra. Rivera	02/01/2019
2	ANYELLI ORTIZ	CP		02/01/2019
3	JHONY PORTILLO	UCIM	Dra. Rivera/ Dr. Cano	03/01/2019

SEMANA DEL 07 AL 11 DE ENERO 2019

No.	Paciente	Servicio	Fecha
4	HIJO DE EVA OSVALDO	UNICAR	07/01/2019
5	JEREMIAS LIMA	INFANTES	07/01/2019
6	HILIA ZAYDA LOPEZ	ARI	07/01/2019
7	JOSE DAVID GARCIA	INFANTES	07/01/2019
8	ANAMI ISABEL CHUTAN	EMERGENCIA	08/01/2019
9	DARLIN ABAC	UCIP	11/01/2019



SERVICIO DE NEFROLOGIA, HIPERTENSION, DIALISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
REPORTE DE NUEVOS DIAGNOSTICOS DEL ____ AL ____ DE ____ DEL 2019

No.	NOMBRE	REGISTRO MEDICO	EDAD	PROCEDENCIA
1				

Licda. Roxana Villeda
Trabajadora Social



**REPORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL QUE
FALLECEN**

No.	Nombre	Edad	Fecha de fallecimiento	Servicio	Procedencia
1					

Licda. Roxana Villeda
Trabajadora Social de Nefrología

**ESTADÍSTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS
EN LA CLÍNICA DE PSICOLOGÍA
NIÑO SANO**

MES _____

Pacientes atendidos según sexo

SEXO	CANTIDAD
NIÑO	
NIÑA	
TOTAL	

Pacientes atendidos según rango de edad

EDAD	CANTIDAD
De 0 a 5 años	
De 6 a 10 años	
De 11 a 15 años	
Mayores de 15	
TOTAL	

Consultas y re consultas

	CANTIDAD
RE CONSULTA	
CONSULTA	
TOTAL	

Tipo de intervención según diagnóstico.

DIAGNÓSTICO	CANTIDAD
PSICOEDUCACIÓN	
CONSEJERÍA	
TERAPIA DE APOYO	
TOTAL	

Estadística de Pacientes
Atendidos en la Clínica de Nutrición Renal
NIÑO SANO

MES: _____ AÑO: _____

Pacientes atendidos según sexo

Sexo	Cantidad
Niños	
Niñas	
Total	

Consultas y reconsultas

	Cantidad
Consultas	
Reconsultas	
Total	

Pacientes atendidos según Diagnóstico Médico

Diagnóstico	Cantidad
ERC	
Síndrome nefrótico	
Síndrome nefrítico	
Nefrolitiasis	
Anomalías urinarias	
Tubulopatías	
ITU	
IRA	
Otros	
Total	

Pacientes atendidos según Diagnóstico Nutricional

Diagnóstico	Cantidad
DPE leve	
DPE mod	
Normal	
Sobrepeso / Obesidad	
Total	

II. GP
Edad:
Ección:
Escuela:
N DEL NIÑO (A)
SOCIAL PARA
A PROTOCO

SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

13-11-19

Registro De Transfusiones

NOMBRE: _____ SEXO: M _____ F _____
EDAD: _____

Registro: _____ Fecha: ____/____/____

Indicación: _____

Hemoderivado: Paquete globular: _____ Plaquetas: _____ Plasma fresco: _____

Servicio de encamamiento: _____ Especialidades: _____ Medicina de niños: _____ Emergencia: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Total: _____

Signos vitales al inicio del procedimiento:

PA ____/____ P 50 ____/____ P 90 ____/____ FC Y P: _____

Observaciones: _____

[Signature]
2017-10-10

HOJA DE PROCEDIMIENTO BIOPSIA RENAL

NOMBRE: _____ SEXO: M ____ F ____ EDAD: _____

Registro: _____ Fecha: ____/____/____

Indicación: _____

Servicio de encamamiento: _____ Especialidades: _____ Medicina de niños: _____ Emergencia: _____

PROCEDIMIENTO

Previa la obtención de hoja de autorización para la realización de este procedimiento invasivo.

Verifico que el equipo está completo.

Signos vitales al inicio del procedimiento:

PA ____ / ____ P 50 ____ / ____ P 90 ____ / ____

Realizo el lavado de manos con clorhexidina al 2% y me coloco gorro, mascarilla, bata, guantes

Campo estéril para realizar el procedimiento previo a la asepsia y antisepsia con la administración de Sedación y analgesia

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Midazolam	mg/Kg dosis
Fentanyl	mg/ Kg dosis
Ketamina	mg / Kg dosis
Lidocaína al 2%	ml

Técnica percutánea con aguja dirigida por ultrasonido

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Total: _____

Numero de Intentos:

Numero de fragmentos:

Se coloca un fragmento en frasco para microscopia óptica
E inmunofluorescencia

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Realizo colocación de apósito limpio sobre la herida con asepsia y antisepsia y verifico que no hubo complicaciones relacionadas con la punción.

Complicaciones:

Plan: recolectar 3 muestras de orina para descartar la presencia de hematuria
Realizar presión sobre el área
Hacer ultrasonido control 4 horas posteriores al procedimiento.

Personal de enfermería responsable: _____

Médico Residente de Nefrología: _____

Nefrólogo pediatra que supervisa: _____

EQUIPO Y MATERIALES

Equipo	Verificar	Observación
Permeabilización de vía periférica		
Monitor		
Suturador		
Electrodos		
Mango de presión arterial		
Rodillo		
Mascarilla, bata y gorro		
Guantes estériles, 6.5		
7		
8		
Gasas estériles		
Solución Hibitaner		
Solución de clorhexidina		
Campo estéril		
Suturas		
Solución salina 100 ml		
Jeringa estéril 3 ml, 5ml, 10 ml		
Equipo de terapia respiratoria (cánula y humidificador)		
Lidocaína		
Heparina		
Catéter		
Aguja para biopsia		
Disparador estéril para aguja de biopsia		
Micropore		
Tegaderm		
Porta agujas		

SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

PACIENTE QUIRÚRGICO

Exclusión preoperatoria

«REQUISITOS PRE-OPERATORIOS»

NOMBRE:

REGISTRO:

EDAD:

FECHA PROGRAMADA:

PROCEDIMIENTO: *Programado*

☒ Datos de Laboratorio (post hemodialisis si fuese el caso)

- ☐ Hemoglobina/hematocrito _____
- ☐ Plaquetas _____
- ☐ Potasio _____
- ☐ Calcio _____
- ☐ Bicarbonato _____
- ☐ Tiempos de coagulación _____
- ☐ Compatibilidad

☒ Confirmar disponibilidad de Estudios

- ☐ Radiografía/PIV/Uretrocistograma/TAC

☒ Material/equipo a utilizar en SOP

- ☐ Catéter Vascular 8fr/ Permacath
- ☐ Catéter Tenckhoff

☒ Confirmar

- ☐ Consentimiento (hoja de autorización)
- ☐ Donadores y soporte de hemoderivados
- ☐ Profilaxis antibiótica
- ☐ Indicación de ayuno y soluciones IV
- ☐ Indicación de preparación gastrointestinal/vesical
- ☐ Ventilación pulmonar/Sat O₂
- ☐ Evaluación Cardiológica (si procede)
 - Ecocardiograma
 - Niveles de Digoxina _____
 - Indicaciones especiales: _____

Vo. Bo. Jefe de Servicio

SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

13-MAI-19

COLOCACION DE CATETER CENTRAL PARA HEMODIALISIS

NOMBRE: _____ SEXO: M _ F _ EDAD: _____
Registro: _____ Fecha de colocación: ____/____/____
Servicio de encamamiento: _____ Especialidades: _____ Medicina de niños: _____ Emergencia: _____
Indicación: _____

PROCEDIMIENTO

Previa la obtención de hoja de autorización para la realización de este procedimiento Invasivo.
Verificar que el equipo esté completo.
Realizar el lavado de manos con clorhexidina al 2% antes de realizar el procedimiento colocación de gorro, mascarilla, bata, guantes y campos estériles para realizar el procedimiento previo a la administración de Sedación y analgesia

Si	No

Midazolam	mg/Kg dosis
Fentanil	mg/ Kg dosis
Ketamina	mg / Kg dosis
Lidocaína al 2%	ml

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Total: _____

Tipo de incisión: venas yugular ☐ Subclavia ☐ Femoral ☐

Lúmenes de catéter:

Técnica de Seldinger; percutánea dirigida con guía

Numero de Intentos:

Se verifica la permeabilidad del catéter; irrigando con 10 ml de solución salina normal cada lumen.

Se verifica que no hubo complicaciones relacionadas con la punción

Signos vitales al finalizar colocación: P/A _____ Sat O2 _____

Plan: Realizar una radiografía de tórax, con el fin de comprobar la ubicación del catéter y vigilar complicaciones inmediatas



SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

Ficha de Infecciones Asociadas a Catéter de Hemodialisis

NOMBRE: _____ SEXO: M ___ F ___ EDAD: _____

Registro: _____ Inicio de Hemodialisis _____ Indicación: _____

Fecha de colocación: ____/____/____ Fecha de retiro: ____/____/____

Indicación: _____

Funcional ☐ Si ☐ No

Día catéter: _____ localización: _____ Responsable _____

Diálisis: Aguda _____ Crónica _____

Sesiones de Hemodialisis por semana Turno

1 2 3

Fecha de cultivo ____/____/____ Antibióticos previos ☐ Si ☐ No

Cual _____ Duración _____ días

Cultivo de catéter: Si ___ No ___

Hemocultivo: Si ___ No ___

	Central	Periférico	Central
Sensible			
Intermedio			
Resistente			

TRATAMIENTO ESTABLECIDO: _____

LABORATORIOS DE INGRESO

GB _____ HB _____ HT _____ PL _____ Segmentados _____ Vs _____ PCR _____

Medico Residente de Nefrología



Fundanier
Fundación para el Niño Externos Salud

SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

PERSONAS QUE REALIZAN LA DIÁLISIS PERITONEAL

PADRES

HERMANOS

FAMILIAR

PACIENTE

EDAD _____

RECIBIO ENTRENAMIENTO

UNAERC

FUNDANIER

OTROS

RESULTADO TEST DE ENTRENAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

OTROS

ESCOLARIDAD DEL ENCARGADO DE LA DIÁLISIS

ANALFABETA

PRIMARIA

SECUNDARIA

UNIVERSITARIA

DATOS DEL ENTORNO SOCIAL DEL PACIENTE

ASPECTOS	SI	NO	CANTIDAD	COMENTARIO
CASA PROPIA				
HABITACIONES				
HABITANTES DEL HOGAR				
AGUA POTABLE				
LUZ ELECTRICA				
SANITARIOS				
DRENAJE				
PISO				
MASCOTAS				

LABORATORIOS DE INGRESO

GB

HB

HT

PL

Segmentados

Linfocitos

VS

CREAT

BUN

Na

K

Ca

P

CL

ALB

HCO3

MEDICO

en informe
de TS.

Hoja de Autorización
Se refiere a

Datos Generales

Nombre: _____

Fecha: _____

Registro: _____

RECIBO ENTRENAMIENTO
 PACIENTE
 FAMILIAR
 HERMANOS
 PADRES
 OTROS
 SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HEMODIÁLISIS Y TRASPLANTE
 DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA
 HOSPITAL AGOSTINI

APROBACION *iniciado*
Hoja de Autorización para Protocolo de Trasplante Renal
 Se refiere a Paciente Para Protocolo de Trasplante Renal

Ry
3-12-19

Datos Generales

Nombre: _____
 Fecha: _____
 Registro: _____ Edad: _____

Diagnósticos

- Fecha Debut _____
- Causa ERC *con hipertensión* *SI*
 a) USG renal _____ b) CUMS *nl* *amb* *2) 15x de líquidos* *infinitos* *SI-HO*
- Complicaciones Relevantes después del Diagnóstico _____

Diálisis Peritoneal

- Fecha inicio DPCA _____
- # Tenckhoff _____
- # Peritonitis _____
- Balancees _____
- Dextrosa *con concentración de dextrosa*
- E/U _____
- Vol. en Cavidad _____
- # *recambios*

Hemodiálisis

- Fecha Inicio HD _____
- Tipo de Acceso Vascular *cáteter* *cateter* *cateter*
- Tipo FAVI _____
- Fecha FAVI _____
- Catéter (lugar) _____
- # Catéteres _____
- Días de Hemodiálisis _____
- E/U _____

Tratamiento

- Enalapril _____
- Losartán _____
- Amlodipina _____
- Alfacalcidol _____
- Tams _____
- Epo _____
- Fe _____
- Otros: _____

Vo.bo. Jefe de Servicio



Fundanier

SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HIPERTENSIÓN, DIÁLISIS Y TRASPLANTE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

PERITONITIS Y DIALISIS PERITONEAL

NOMBRE: _____ SEXO: M ___ F ___ EDAD: _____

REGISTRO: _____ FECHA: ____/____/____ SERVICIO: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO CASA: _____ CELULAR: _____

TALLA: _____ PESO: _____ SCT: _____

DIALISIS

RECAMBIOS

TIPO DE BOLSA

VOLUMEN: _____

FECHA DE COLOCACION DE CATETER: ____/____/____ FUNCIONAL ☐ SI ☐ NO

PERITONITIS # _____ ULTIMA: ____/____/____

FECHA CULTIVO: ____/____/____ ATB PREVIO ☐ SI ☐ NO

GRAM: _____ CULTIVO: _____

ANTIBIOGRAMA

SENSIBLES	INTERMEDIOS	RESISTENTE

TRATAMIENTO ESTABLECIDO: _____

RETIRO DEL CATETER ☐ SI ☐ NO

Medico responsable de Procedimiento:
Personal de enfermeria responsable:

EQUIPO Y MATERIALES

Equipo	Permeabilización de vía	Ventilar	Observación
Monitor			
Succión			
Extractor			
Electrodo			
Mango de control			
Modio de presión arterial			
Mascarilla			
Cables estériles			
Gasas estériles			
Solución Hb			
Solución de esteril			
Solución de clorhexidina			
Equipo de succion			
Equipo de terapia 100 ml			
Equipo de terapia 50 ml			
Equipo de terapia 10 ml			
Equipo de terapia 5ml			
Equipo de terapia 2ml			
Equipo de terapia 1ml			
Equipo de terapia 0.5 ml			
Equipo de terapia 0.2 ml			
Equipo de terapia 0.1 ml			
Equipo de terapia 0.05 ml			
Equipo de terapia 0.02 ml			
Equipo de terapia 0.01 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.00005 ml			
Equipo de terapia 0.00002 ml			
Equipo de terapia 0.00001 ml			
Equipo de terapia 0.000005 ml			
Equipo de terapia 0.000002 ml			
Equipo de terapia 0.000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.00000000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.000000000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000000000005 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000000000002 ml			
Equipo de terapia 0.0000000000000000000000000000000000000001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.0005 ml			
Equipo de terapia 0.0002 ml			
Equipo de terapia 0.0001 ml			
Equipo de terapia 0.005 ml			
Equipo de terapia 0.002 ml			
Equipo de terapia 0.001 ml			
Equipo de terapia 0.000000000			

Elaborado: Dra. Flor de María Flores
EP Verónica López
Enero 2014