



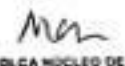
REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2


| a. NOMBRE DE PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. H. CL.: 249.133 | |
|--|--|------------------------|----------|---------------------|------------------------|
| c. SERVICIO: | | ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA 16/08/2023 | |
| e. DESCRIPCION | AM | | PM | | HS |
| | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD JUSTIFICACION |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 250 ML | | | | | |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 3000 ML | | | | | |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLASTICO | | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO (ADULTO) _____ CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL _____ | | | | | |
| CUCHILLA PARA RASURADORA QUIRURGICA | | | | | |
| FRASCO PARA MUESTRAS (BIOPSIA) | | | | | |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO) | | | | | |
| GASA DE ALGODON, 10CM X 10 CM ESTERIL (UNIDAD) | | | | | |
| GORRO DE ENFERMERA | | | | | |
| GORRO DE CIRUJANO (CON FILTRO) | | | | | |
| GUANTES DE EXAMINACION, TALLA <u>L</u> , NITRILO | 2/3 | Control diuresis | | | |
| HUMIDIFICADOR | | | | | |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR | | 1/Protocolo Control | | | |
| MASCARILLA VENTIMAX (VENTURY) | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA | BOLCA NÚCLEO DE QUITO Cda. Valeria Gama ENFERMERA CUANDO EFECTUO C.E. 3725271602 V. Gama | | | | |

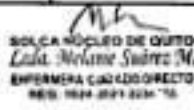
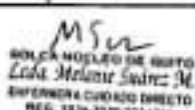


REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

| a. NOMBRE DE PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. H. CL.: 249.133 | | |
|--|---|---------------------------|---|------------------------------|--|---------------|
| c. SERVICIO: | | ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA 15/08/2023 | | |
| e. DESCRIPCION | AM | | PM | | HS | |
| | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD | JUSTIFICACION |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 250 ML | | | | | | |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 3000 ML | | | | | | |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLASTICO | 1 | Ad. GT | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO (ADULTO) _____ CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL _____ | | | | | | |
| _____A PARA RASURADORA QUIRURGICA | | | | | | |
| FRASCO PARA MUESTRAS (BIOPSIA) | | | | | | |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO) | | | | | | |
| GASA DE ALGODON, 10CM X 10 CM ESTERIL (UNIDAD) | | | | | | |
| GORRO DE ENFERMERA | | | | | | |
| GORRO DE CIRUJANO (CON FILTRO) | | | | | | |
| GUANTES DE EXAMINACION, TALLA _____, NITRIL | 2+3 1 | Control diarreas Ad GT | 1 3 | Ad. GT Control Quirúrgico | 4 | Medicamentos |
| HUMIDIFICADOR | | | | | | |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR | 1 | Protección Covid 19 | | | | |
| MASCARILLA VENTIMAX (VENTURY) | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | SOLCA NÚCLEO DE QUITO Leda Melanie Suárez M. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO REG. 1034-2023-2234755 03/10 | | SOLCA NÚCLEO DE QUITO Leda Melanie Suárez M. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO REG. 1034-2023-2234755 03/10 | | LIC. JENIFER Enferm Reg. 1047 JALB 11386 HOJA 1/2 | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--|-------------------|---------------|--|--------------------|------------|---------------|
| PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | HCL | | 249.133 | | | |
| c. SERVICIO: | | | | ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA: | | 15/08/2023 | |
| e. DESCRIPCIÓN | | | | AM | | PM | | H5 | |
| | | | | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |
| COLOCACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA | CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO No. ___/___/___ | | | | | | | | |
| | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO # 24 | | | | | | | | |
| | LLAVE DE TRES VÍAS | | | | | 1/1 | Control de Equipos | | |
| | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 x 7CM | | | | | | | | |
| | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE) | | | | | | | | |
| | EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCULIS | | | | | | | | |
| ACTIVACIÓN DE CATÉTER IMPLANTABLE | AGUJA DE HUBBER SIN EXTENSIÓN # 20 | | | | | | | | |
| | AGUJA DE HUBBER SIN EXTENSIÓN # 22 | | | | | | | | |
| | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS | | | | | | | | |
| | GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___ | | | | | | | | |
| | LLAVE DE 3 VÍAS CON EXTENSIÓN | | | | | | | | |
| | LLAVE DE TRES VÍAS | | | | | | | | |
| REFINANCION CATETER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE | JERINGA ___cc/___cc/___cc | | | | | | | | |
| | GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___ | | | | | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML | | | | | | | | |
| | HEPARINA (NO FRACCIONADA) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML | | | | | | | | |
| COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2 | | | | | | | | |
| | CATÉTER INTRAVENOSO 22G CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO | | | | | | | | |
| | BIONECTOR (CONECTOR DE SEGURIDAD DE VÍAS) | | | | | | | | |
| | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 x 7CM | | | | | | | | |
| HGT | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE) | | | | | | | | |
| | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA (UNIDAD) | | | | | | | | |
| CURACIÓN DE HERIDA | LANCETAS(ULTRA FINA) | | | | | | | | |
| | GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___ | | | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | | | | | |  BOLCA NÚCLEO DE QUITO Celia. Paredes Suárez M. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO RIB: 1934-2023-22MTM | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ | | ANA LUCIA | | b. H. CL.: | | 249.133 | |
| c. SERVICIO: | | ONCOLOGIA CLINICA | | | | d. FECHA: | | 15/08/2023 | |
| e. DESCRIPCIÓN | | AM | | PM | | HS | | | |
| | | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | | |
| ASPIRACION DE BIOPSIAS | GUANTES QUIRURGICOS # ____/____/____ | | | | | | | | |
| | CÁNULA DE SUCCIÓN # ____ | | | | | | | | |
| SOLUCIONES INTENSIVAS PARA OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 1000 ML | | 1, Micogel | | | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 500 ML | | | | | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 250 ML | | | | | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML | | | | | | | | |
| | COMBINACIONES (LACTATO DE RINGER) LIQUIDO PARENTERAL 1000 ML | | | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 5 % 1000 ML | | | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 5 % 500 ML | | | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 5 % 250 ML | | | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 10 % 1000 ML | | | | | | | | |
| | ELECTROLITOS CARBOHIDRATOS (DEXTROSA SOL. SALINA) LIQ. PARENTERAL 5%+0,9% 1000ML | | | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 50 % 500 ML | | | | | | | | |
| | OTROS DISPOSITIVOS | AGUIJA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM) | | | | | | | |
| AGUA INYECTABLE 10 ML | | | | | | | | | |
| AGUIJA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2,68 IN | | | | | | | | | |
| AGUIJA DESCARTABLE # 18 X 1 1/2 | | | | | | | | | |
| AGUIJA ESPINAL # | | | | | | | | | |
| APÓSITO 10 X 12 | | | | | | | | | |
| APÓSITO HIDROCOLUOIDE 15 CM X 15 CM | | | | | | | | | |
| TOMIZADOR BUCAL (ACUBIAL) | | | | | | | | | |
| BASE PARA FUNDA DE OSTOMIA ____ MM/ ____MM/ ____MM | | | | | | | | | |
| BIONECTOR | | | | | | | | | |
| BOLSA PARA OSTOMIA ____ MM/ ____MM/ ____MM | | | | | | | | | |
| BOLSA PARA OSTOMIA CERRADA UNA PIEZA, TRANSPARENTE | | | | | | | | | |
| BRAZALETE ADULT IDENTIFICACION PACIENTE (1 PULGX 11 PULG) | | | | | | | | | |
| BRAZALETE PEDIA IDENTIFICACION PACIENTE (1 PULGX 7PULG) | | | | | | | | | |
| CATETER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO # | | | | | | | | | |
| COMPRESA QUIRURGICA 45cm X 45cm | | | | | | | | | |
| CATETER VENOSO PERIFÉRICO # | | | | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | |  Leda Meléndez Salazar M. ENFERMERA CUIDADO DIRECTO REG. 1034-2020-1234798 | | | | | | | |

| a. NOMBRE DE PACIENTE: ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. H. CL.: 249.133 | | | | |
|---|---|----------------------|--|---------------|----------|---------------|
| c. SERVICIO: ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA: 15/08/2023 | | | | |
| e. DESCRIPCIÓN | AM | | PM | | HS | |
| | JUSTIFICACIÓN | | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS) | 2 | Bom. Pount | | | | |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO) | 2/ | Bom. Pount | | | | |
| ELECTRODOS | | | 3 | Monitoreo | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN | | | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR | | | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM | | | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM) | | | | | | |
| EQUIPO DE VENOCISIS. 220CM (+/-10CM) | | | | | | |
| EQUIPO INFUSION ENTERAL BOMBA CASETE | | | | | | |
| EQUIPO MICROGOTERO GENERAL | | | 1/ | Monitoreo | | |
| FUNDA DE NUTRICION PARENTERAL | | | | | | |
| FUNDA PARA ALIMENTACION ENTERAL SIN BOMBA | | | | | | |
| GASA DE EMULSION DE PETROLATO 10cmX20cm | | | | | | |
| GUANTES QUIRURGICOS # 6,5 | | | | | | |
| GUANTES QUIRURGICOS # 7 | | | | | | |
| GUANTES QUIRURGICOS # 7,5 | | | | | | |
| HOJA DE BISTURI # _____ | | | | | | |
| INCENTIVADOR RESPIRATORIO | | | | | | |
| JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2 | | | 1 | Medicación | | |
| JERINGA 1ML, 10 - 100 U, 25G, 5/8 | | | | | | |
| JERINGA 1ML, 10 - 100 U, 29G, 1/2 | | | | | | |
| JERINGA 20 ML, CON AGUJA | | | | | | |
| JERINGA 3 ML, 22 G, 1 1/4 | 1 | Medicación | | | | |
| JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2 | | | | | | |
| JERINGA DE 50 | | | | | | |
| JERINGA DE 50 A 60 ML (GUYON) | | | | | | |
| MICROGOTERO PARA QUIMIOTERAPIA (SIN VÁLVULA) | | | | | | |
| REGENERADOR DE TEJIDOS EXTRA FINO | | | | | | |
| VENDA DE GASA ____"/____"/____"/ | | | | | | |
| VENDA DE GUATA ____"/____"/____"/ (ALGODÓN) | | | | | | |
| VENDA ELÁSTICA ____"/____"/____"/ | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE |  SOLCA MÚSCULO DE QUIRÓ ENFERMERA CARGO DIRECTO REG. 1024-2021-010-15 | |  SOLCA MÚSCULO DE QUIRÓ ENFERMERA CARGO DIRECTO REG. 1024-2021-010-15 | | | |



**REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, FARMACOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS PARA PREPARAR QUIMIOTERAPIA
SISTÉMICA, HOSPITALARIA Y AMBULATORIA No. 3**



| a. NOMBRE DEL PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. 249133 | |
|--|--|-------------------------------|----------|------------------|------------------------|
| c. CENTRAL DE MEZCLAS | | d. FECHA: 15/08/2023 | | | |
| e. DESCRIPCIÓN | AM | | PM | | HS |
| | CANTIDAD | | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD JUSTIFICACIÓN |
| BATA DESCHABLE CON REFUERZO PLÁSTICO | 1 | | | | |
| CARBOHIDRATO (DEXTROSA EN AGUA LÍQUIDO PARENTERAL 5% 1000ML) | | | | | |
| AGUA PARA INYECCIÓN LÍQUIDO PARENTERAL 10 ML | | | | | |
| CARBOHIDRATO (DEXTROSA EN AGUA LÍQUIDO PARENTERAL 5% 250ML) | | | | | |
| CARBOHIDRATO (DEXTROSA EN AGUA LÍQUIDO PARENTERAL 5% 500ML) | | | | | |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0.9% 1000ML | | | | | |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0.9% 500ML | | | | | |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0.9% 250ML | 2 | | | | |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0.9% 500ML | 1 | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN | 2 | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN AMBAR | 1 | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTODENSIBLE, 300CM (+/- 30CM) | | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM | | | | | |
| EQUIPO DE VENOCLEIS 220CM (+/- 30CM) | | | | | |
| FILTRO PARA QUIMIOTERAPIA | | | | | |
| GASA DE ALGODÓN, 10CM X 10CM ESTÉRIL | 2 | | | | |
| GORRO DE ENFERMERA | 1 | | | | |
| GUANTES DE NITRIL TALLA MEDIANA (12 PULGADAS LARGO) | 3 | | | | |
| GUANTES DE NITRIL TALLA PEQUEÑA (12 PULGADAS LARGO) | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 6,5 | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7 | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7,5 | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 8 | | | | | |
| JERINGUILLA 30ML, 22G, 1 1/2" | | | | | |
| JERINGUILLA 3ML, 10 - 100U, 29G, 1/2 | | | | | |
| JERINGUILLA 1ML, 10-100U, 25/26G, 5/8" | | | | | |
| JERINGUILLA 3ML, 22G, 1 1/4 | | | | | |
| JERINGUILLA 5ML, 23G, 1 1/2 | | | | | |
| JERINGUILLA DE 20ML CON AGUJA | | | | | |
| JERINGUILLA DE 50ML | 3 | | | | |
| LLAVE DE 3 VÍAS | | | | | |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 30ML/H | | | | | |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 2ML/H | | | | | |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 5ML/H | | | | | |
| FIRMA DE ENFERMERA RESPONSABLE | SOLEA NUCLEO DE QUÍMICO Laine Carol Giron Laine ENFERMERA N° 1400 26 Faltas 87 N° 258 | | HORA 1/1 | | |

Bata descartable para áreas estériles

SOLEA NUCLEO DE QUÍMICO
 Laine Carol Giron Laine
 ENFERMERA
 N° 1400 26 Faltas 87 N° 258



REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

| | | | | | | |
|--|----------|------------------------|---|---------------------|---|---------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. H. CL.: 249.133 | | |
| c. SERVICIO: | | ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA 14/08/2023 | | |
| e. DESCRIPCION | AM | | PM | | HS | |
| | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD | JUSTIFICACION |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 250 ML | | | | | | |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 3000 ML | | | | | | |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLASTICO | | | | | | |
| CANULA NASAL DE OXIGENO (ADULTO) _____ CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL _____ | | | | | | |
|  CUBRELLA PARA RASURADORA QUIRURGICA | | | | | | |
| FRASCO PARA MUESTRAS (BIOPSIA) | | | | | | |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO) | | | | | | |
| GASA DE ALGODON, 10CM X 10 CM ESTERIL (UNIDAD) | | | | | | |
| GORRO DE ENFERMERA | | | | | | |
|  GORRO DE CIRUJANO (CON FILTRO) | | | | | | |
| GUANTES DE EXAMINACION, TALLA _____, NITRIL | | | 2 / | construccion de u/p | 4 / | Redes de u/p |
| HUMIDIFICADOR | | | | | | |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR | | | ✓ | Proteccion covid-19 | | |
| MASCARILLA VENTIMAX (VENTURY) | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | | | 35416 SOLCA NUCLEO DE QUITO Leda. en Enfermería Sara Santillán 30/08/2020-2185951 30/08/2023 | | SOLCA NUCLEO DE QUITO Leda. Daniela Romero ENFERMERA CUIDADO DIRECTO N° Registro 1905-2015-2982686 V.B. Dña. (t) HOJA 1/2 | |

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------------------|---------------|---|---------------|
| PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | HCL 249.133 | |
| c. SERVICIO: | | ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA: 14/08/2023 | |
| COLOCACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA | e. DESCRIPCIÓN | AM | | PM | |
| | | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |
| | CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO No. 24 | | | 1 | Ingreso |
| | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO # 24 | | | | |
| | LLAVE DE TRES VÍAS | | | 1 | Ingreso |
| | APÓSITO TRANSPARENTE LV. ADULTO 8,5 X 7CM | | | | |
| ACTIVACIÓN DE CATÉTER IMPLANTABLE | APÓSITO TRANSPARENTE LV. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE) | | | 1 | Ingreso |
| | EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCISIS | | | | |
| | AGUIJA DE HUBBER SIN EXTENSIÓN # 20 | | | | |
| | AGUIJA DE HUBBER SIN EXTENSIÓN # 22 | | | | |
| | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS | | | | |
| | GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___ | | | | |
| REPARACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA | LLAVE DE 3 VÍAS CON EXTENSIÓN | | | | |
| | LLAVE DE TRES VÍAS | | | | |
| | JERINGA ___cc/___cc/___cc | | | | |
| | GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___ | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML | | | | |
| | HEPARINA (NO FRACCIONADA) LÍQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML | | | | |
| COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2 | | | | |
| | CATÉTER INTRAVENOSO 22G CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO | | | | |
| | BIONECTOR (CONECTOR DE SEGURIDAD DE VÍAS) | | | | |
| | APÓSITO TRANSPARENTE LV. ADULTO 8,5 X 7CM | | | | |
| | APÓSITO TRANSPARENTE LV. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE) | | | | |
| | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA (UNIDAD) | | | | |
| HGT | LANCETAS(ULTRA FINA) | | | | |
| | | | | | |
| GUARDA DE HERRIA | GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___ | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9 % | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | | | | GARCIA LUCAS DE QUITA Leda. en Enfermería Sara. Santillán 1600 2400 102001 S. Santillán | |

| a. NOMBRE DE PACIENTE: | | ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. H. CL.: | | 249.133 | |
|--|--|--|---------------|---|------------------------|------------|---------------|
| c. SERVICIO: | | ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA: | | 14/08/2023 | |
| e. DESCRIPCIÓN | | AM | | PM | | HS | |
| | | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |
| ASPIRACIÓN DE SECRECIONES | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____ | | | | | | |
| | CÁNULA DE SUCCIÓN # ____ | | | | | | |
| SOLUCIONES INTRAVENOSAS PARA OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 1000 ML | | | 2 | hidratación medicación | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 500 ML | | | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 250 ML | | | | | | |
| | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML | | | | | | |
| | COMBINACIONES (LACTATO DE RINGER) LIQUIDO PARENTERAL 1000 ML | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 5 % 1000 ML | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 5 % 500 ML | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 5 % 250 ML | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 10 % 1000 ML | | | | | | |
| | ELECTROLITOS CARBOHIDRATOS (DEXTROSA SOL. SALINA) LIQ. PARENTERAL 5%+0,9% 1000ML | | | | | | |
| | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 50 % 500 ML | | | | | | |
| | OTROS DISPOSITIVOS | AGUIA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM) | | | | | |
| AGUA INECTABLE 10 ML | | | | | | | |
| AGUIA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2.68 IN | | | | | | | |
| AGUIA DESCARTABLE # 18 X 1 1/2 | | | | | | | |
| AGUIA ESPINAL # | | | | | | | |
| APÓSITO 10 X 12 | | | | | | | |
| APÓSITO HIDROCOLOIDE 15 CM X 25 CM | | | | | | | |
| ATOMIZADOR BUCA (ACUBIAL) | | | | | | | |
| BASE PARA FUNDA DE OSTOMIA ____ MM/____MM/____MM | | | | | | | |
| BIONECTOR | | | | | | | |
| BOLSA PARA OSTOMIA ____ MM/____MM/____MM | | | | | | | |
| BOLSA PARA OSTOMIA CERRADA UNA PIEZA, TRANSPARENTE | | | | | | | |
| BRAZALETE ADULT IDENTIFICACION PACIENTE (1 PULGX 11 PULG) | | | | | | | |
| BRAZALETE PEDIA IDENTIFICACION PACIENTE (1 PULGX 7PULG) | | | | | | | |
| CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO # | | | | | | | |
| COMPRESA QUIRURGICA 45cm X 45cm | | | | | | | |
| CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO # | | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | | | | SOLICITADO DE QUITO Lda. en Enfermería Sara Santillan 16/08/2023 10:05:51 S. S. S. S. | | | |

| a. NOMBRE DE PACIENTE: ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA | | b. H. CL.: 249.133 | | | | |
|---|---------------|----------------------|---|-------------------|--|-----------|
| c. SERVICIO: ONCOLOGIA CLINICA | | d. FECHA: 14/08/2023 | | | | |
| e. DESCRIPCIÓN | AM | | PM | | HS | |
| | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS) | | | | | | |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO) | | | | | | |
| ELECTRODOS | | | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN | | 1 | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR | | | | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM | | 1 | Ingreso (ERROR) | | | |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM) | | 1 | In | | | |
| EQUIPO DE VENOCISIS. 220CM (+/-10CM) | | | | | 1 | Rescatado |
| EQUIPO INFUSION ENTERAL BOMBA CASETE | | | | | | |
| EQUIPO MICROGOTERO GENERAL | | | | | | |
| FUNDA DE NUTRICION PARENTERAL | | | | | | |
| FUNDA PARA ALIMENTACION ENTERAL SIN BOMBA | | | | | | |
| GASA DE EMULSION DE PETROLATO 10cmX20cm | | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 6,5 | | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7 | | | | | | |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7,5 | | | | | | |
| HOJA DE BISTURÍ # _____ | | | | | | |
| INCENTIVADOR RESPIRATORIO | | | | | | |
| JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2 | | | | | | |
| JERINGA 1ML, 10 - 100 U, 25G, 5/8 | | | | | | |
| JERINGA 1ML, 10 - 100 U, 29G, 1/2 | | | | | | |
| JERINGA 20 ML, CON AGUJA | | | | | | |
| JERINGA 3 ML, 22 G, 1 1/4 | | | | | | |
| JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2 | | | 1 | Permeabilizar con | | |
| JERINGA DE 50 | | | | | | |
| JERINGA DE 50 A 60 ML (GUYON) | | | | | | |
| MICROGOTERO PARA QUIMIOTERAPIA (SIN VÁLVULA) | | | 1 | Ingreso | | |
| REGENERADOR DE TEJIDOS EXTRA FINO | | | | | | |
| VENDA DE GASA ____"/____"/____"/ | | | | | | |
| VENDA DE GUATA ____"/____"/____"/ (ALGODÓN) | | | | | | |
| VENDA ELÁSTICA ____"/____"/____"/ | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE | | | S. S. A. L. L. A. S. S. A. N. U. L. L. O. D. E. Q. U. I. T. A. L. C. D. A. E. N. E. R. M. E. R. I. A. S. U. R. A. S. A. N. T. I. L. L. I. N. 10.000.000.000.000 | | BOLSA NUCLEO DE QUITA L. C. D. A. G. A. M. E. L. I. N. R. O. M. E. R. O. E. N. F. E. R. M. E. R. A. Q. U. I. T. A. D. O. C. I. N. C. I. S. I. O. R. E. G. I. S. T. R. O. 1001-2100-2002000 D. P. A. R. A. 16 HOJA 4/4 | |