


|   |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|---|--|--|---|--------------------------------------|--------------------------------|----------------|--|--|
| <br>NUCLEO DE QUITO | <b>REGISTRO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS CIRUGÍA</b><br><b>COLOCACIÓN/ RETIRO CATÉTER IMPLANTABLE</b> |  |   |                                      |                                |                | CÓDIGO: SQ-DM-AT-INS-0002-FORM0001<br>VERSIÓN: 1 |  |
|   | GESTIÓN MÉDICA<br>ENFERMERÍA   |  |   |                                      |                                |                | FECHA: 18/10/2021<br>PÁGINA: 1 de 2              |  |
|   | HOSPITAL DEL DÍA:  |  | CIRUGIA EMERGENCIA:                         |                                      | CONDICION PCTE: UCI            |                | RECUP: <input checked="" type="checkbox"/>       |  |
| TIPO DE HERIDA:   |  | LIMPIA <input checked="" type="checkbox"/> | LIMPIA CONTAMINADA <input type="checkbox"/> | CONTAMINADA <input type="checkbox"/> | SUCIA <input type="checkbox"/> | CONVENIO: IESS |  |  |
| QUIRÓFANO Nº 1  |  | FECHA: 10/08/2023                          |   | TIPO DE ANESTESIA: General           |                                |                |  |  |
| NOMBRE PACIENTE: SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA  |  |  |   | EDAD: 3 AÑOS                         |                                | HCL: 315768    |  |  |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA B COMUN                                    |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| CIRUJANOS: DR. MORENO LUIS / <i>Do. Gabriela Lema 8:40 a 8:55</i>                                   |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| AYUDANTES: DRA. REINA DOMENICA  |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| ANESTESIOLOGOS: DRA. RAMIREZ ORIANA   |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| INSTRUMENTISTA: SR. YEPEZ CHRISTIAN   |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| CIRCULANTE: LIC. VITERI CAROLINA  |  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| CANTIDAD  |  |  |   |                                      |                                |                | JUSTIFICACIÓN                                    |  |
| 1+1   | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 18 ..... Nº 20 ..... Nº 21 ..... Nº 22 ..... Nº 23 ..... Nº 25 .....                  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | AGUA PARA INYECCIÓN LÍQUIDO PARENTERAL 10 ML   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | AGUA PARA INYECCIÓN LÍQUIDO PARENTERAL 250 ML  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | APÓSITO TRANSPARENTE 10X12CM   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | BRAZALATE IDENTIFICACION ADULTO (1PULG. X 11PULG)  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | CATÉTER INTRAVENOSO Nº 18 G CON ALETAS, VALVULA CONTRO DE FLUJO SANGUINEO                                  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | CATÉTER INTRAVENOSO Nº 20 G CON ALETAS, VALVULA CONTRO DE FLUJO SANGUINEO                                  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | CATÉTER INTRAVENOSO Nº 22 G CON ALETAS, VALVULA CONTRO DE FLUJO SANGUINEO                                  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 5   | COMPRESA QUIRÚRGICA, 45 CM X 45 CM (PAQUETE 5 UNIDADES)  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | EQUIPO DE VENOCISIS 220CM (+/-10 CM)   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | FRASCOS PARA MUESTRAS (BIOPSIAS)   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | FUNDA LAPAROSCOPÍA   |  |   |                                      |                                |                | ECO  |  |
| 1   | GASA DE ALGODÓN 10 CM X 10 CM RADIOPACA (PAQUETE)  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | GUANTES QUIRÚRGICOS (PARES) Nº 6   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1+1   | GUANTES QUIRÚRGICOS (PARES) Nº 6.5   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | GUANTES QUIRÚRGICOS (PARES) Nº 7   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | GUANTES QUIRÚRGICOS (PARES) Nº 7.5   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | GUANTES QUIRÚRGICOS (PARES) Nº 8   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | GUANTES QUIRÚRGICOS SIN TALCO (PARES) Nº 7 (GEL)   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | GUANTES QUIRÚRGICOS SIN TALCO (PARES) Nº 7.5 (GEL)   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | HOJA DE BISTURÍ Nº 15  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | HOJA DE BISTURÍ Nº 11  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 2   | JERINGA DE 5 ML  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 2   | JERINGA DE 10 ML   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | JERINGA DE 20 ML   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | JERINGA DE 3 ML  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | LÁPIZ DE ELECTROBISTURÍ  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | LIMPIADOR DE PUNTA DE BISTURÍ  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | LLAVE DE TRES VÍAS   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | MEDIAS ANTIEMBÓLICAS TALLA MEDIUM CORTA..... MEDIUM REGULAR.....   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | PRESERVATIVO SIN LUBRICANTE  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | PUNTAS ELECTROBISTURI TIPO AGUJA   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | SET DE PUERTO IMPLANTABLE Nº 5 FR  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | PROLENE 2-0 CARDIOVASCULAR   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | PROLENE 3-0 CARDIOVASCULAR 90CM2AG-SH  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | PROLENE 4-0 AGUJA REDONDA SH26MM CARDIOBASCULAR  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | SUTURA 4-0 (PROLENE 4-0 RB1) 1/2 CIR. MONOFIL. POLIPR. AGU. REDON.   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | SUTURA DE MONOCRYL Nº 4-0 AGUJA CORTANTE   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | SUTURA DE SEDA TRENZADA Nº 2/0, 24MM - 75 CM (SEDA 2/0 F5)   |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | SUTURA SINTÉTICA ABSORBIBLE TRENZ CAL 2-0-26MM AHUSADA 1/2 CÍRCULO (VICRYL 2/0 SH)                         |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | SUTURA SINTÉTICA ABSORBIBLE TRENZ CAL 3-0-26MM AHUSADA 1/2 CÍRCULO (VICRYL 3/0 SH)                         |  |   |                                      |                                |                |  |  |
|   | SUTURA MONOFILAMENTO POLIGLE CAPRONE #5/0, 19MM, 70CM AGUJA  |  |   |                                      |                                |                |  |  |
| 1   | TIRA ADHESIVA CUTÁNEA 6MM X 100 MM   |  |   |                                      |                                |                |  |  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   | <b>MEDICACIÓN</b>   |  |
|   | CEFAZOLINA SOLIDO PARENTERAL 1000MG                         |  |
|   | CLINDAMICINA LIQUIDO PARENTERAL 150MG/ML (4ML)              |  |
| 1 | BUPIVACAINA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL 0,5% (10ML) |  |
| 1 | HEPARINA (NO FRACCIONADA) LIQUIDO PARENTERAL 5.000 UI/ML    |  |
| 1 | <i>lidocaina 10ml</i>                                       |  |
|   | <b>SOLUCIONES PARENTERALES</b>                              |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML            |  |
| 1 | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 250 ML            |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 500 ML            |  |
|   |   |  |
|   |   |  |
|   | <b>INSUMOS MÉDICOS</b>                                      |  |
| 6 | BOTA DESCARTABLE ÁREA ESTERIL                               |  |
| 4 | GORRO DE ENFERMERA  |  |
| 2 | GORRO DE CIRUJANO (CON FILTRO)                              |  |
| 6 | MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELÁSTICO TAMAÑO ESTANDAR      |  |

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO: Colocación de catéter implantable <sup>SFR</sup> con ecografía + punción lumbar + Quimioterapia intratecal.

|             |        |              |     |              |         |           |
|-------------|--------|--------------|-----|--------------|---------|-----------|
| (ANESTESIA) | INICIO | <u>07:50</u> | FIN | <u>9:10</u>  | MINUTOS | <u>80</u> |
| (CIRUGÍA)   | INICIO | <u>08:15</u> | FIN | <u>08:55</u> | MINUTOS | <u>40</u> |

**NOMBRE CIRUJANO : DR. MORENO LUIS**

**FIRMA:**

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dr. Luis Moreno  
CIRUJANO PEDIATRA  
TEL. 306-2232

**MODEL Celsite® ST305C**

**REF** 型号规格 04436962 **LOT** 批号 36988206

PATIENT Salazar Salinas Gabriela

DATE OF IMPLANTATION 10/01/2023

PHYSICIAN Dr. Moreno Williams

HP Max. Pressure 325psi/22.4bars

| Recommended Maximum flow rate (mL/s) with 20cm catheter |                |     |     |                 |     |     |
|---|----------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|
| Contrast media viscosity                                | 5.8 mPa.s (cP) |     |     | 11.4 mPa.s (cP) |     |     |
| Needle  | 22G            | 20G | 18G | 22G             | 20G | 18G |
| Winged/Angled Surecan®                                  | 2              | 4   | 5   | 1               | 3   | 4   |
| Surecan® Safety II                                      | 2              | 5   | 7   | 1               | 3   | 5   |

**B BRAUN**

**B.Braun Medical**  
26 rue Armengaud  
92210 Saint-Cloud FRANCE

Fax: +33 5 49 52 88 77 [www.aesculap-extra.net](http://www.aesculap-extra.net)



**JDI-DI (01)04038653917761**



## QUIMIOTERAPIA

ÁREA MÉDICA  
ENFERMERÍA

PACIENTE: Salazar Salinas Gabriela

HABITACIÓN: 210 CAMA: Quinta

MEDICAMENTOS: Intrateral

MEETINGS: Meets at 10:00

Highway 200

Chlorzoxazone 325mg

CANTIDAD TOTAL: 14.5

CANTIDAD TOTAL: \_\_\_\_\_ ML/h: \_\_\_\_\_  
 10.08.2022 17.12 ml

FECHA: 10-08-2023 HORA: 10:10 m

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

Dra. Gabriela lema:

**SOLCA NUCLEO DE QUITE**  
**Dra. Gabriela Loma**  
**PEDIATRA**  
**C.I.: 1003377650**



NÚCLEO DE QUITO

## REGISTRO DE MEDICAMENTOS DE ANESTESIA Y SOLUCIONES PARENTERALES

DIRECCIÓN MÉDICA  
STAFF MÉDICOS ANESTESIOLOGOS

CÓDIGO: SQ-DM-AT-INS-

0002-FORM0001

VERSION: 1

FECHA: 09/07/2022

PÁGINA: 1 de 2

QUIRÓFANO No: 1 FECHA: 10/08/2023 TIPO DE ANESTESIA: General

NOMBRE PACIENTE: SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA EDAD: 3 AÑOS H. CL: 315768

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA B COMUN

CIRUJANOS: DR. MORENO LUIS

AYUDANTES: DRA. REINA DOMENICA

ANESTESIOLOGOS: DRA. RAMIREZ ORIANA

INSTRUMENTISTA: SR. YEPEZ CHRISTIAN

CIRCULANTE: LIC. VITERI CAROLINA

| CANTIDAD | ANESTÉSICOS  | JUSTIFICACIÓN |
|----------|--|---------------|
|          | Bupivacaína Hiperbárica Líquido Parenteral 0,75 % 4ml                        |               |
|          | Bupivacaína (Sin Epinefrina ) Líquido Parenteral 0,5 % 20ml                  |               |
|          | * Dexmedetomidina Líquido Parenteral 100mg/ml 2ML (PRECEDEX)                 |               |
| 1        | Fentanil Líquido Parenteral 0,5 mg / 10 ml                                   |               |
|          | Ketamina Líquido Parenteral 50 mg/ml 10 ML                                   |               |
|          | Lidocaína Líquido Cutáneo 10 %   |               |
|          | Lidocaína (Sin Epinefrina)Líquido Parenteral *2% 20 ml                       |               |
|          | Lidocaína (Sin Epinefrina)Líquido Parenteral *2% 50 ml                       |               |
|          | Lidocaína Con Epinefrina Líquido Parenteral *2% + 1:200.000 20 ml            |               |
|          | Lidocaína Con Epinefrina Líquido Parenteral *2% + 1:200.000 50 ml            |               |
|          | Lidocaína Semisólido Cutáneo 2% 30ml Tubo                                    |               |
|          | Midazolam Líquido Parenteral 1mg/ml (50 ml)                                  |               |
|          | Midazolam Líquido Parenteral 5mg/ml 10 ml                                    |               |
| 1        | Midazolam Líquido Parenteral 5mg/ml (50mg/10ml)                              |               |
|          | Neostigmine Líquido Parenteral 0.5mg/ml                                      |               |
| 1        | Propofol Líquido Parenteral 10 mg/ml 20 ml (C.C.)                            |               |
|          | Propofol Líquido Parenteral 20 mg/ml 50 ml (C.C.)                            |               |
|          | Propofol Líquido Parenteral 10 mg/ml 50 ml (Frasco)                          |               |
|          | Remifentanilo Sólido Parenteral 5mg  |               |
|          | Rocuronio, Bromuro Líquido Parenteral 10 mg / ml                             |               |
| 3p.      | Sevoflurano Líquido para Inhalación 250ml                                    |               |
|          |  |               |
|          | <b>ANTIARRITMICOS</b>  |               |
|          | Atropina Líquido Parenteral 1mg/ml   |               |
|          | Amiodarona Líquido Parenteral 50 mg /ml 3ml                                  |               |
|          |  |               |
|          | <b>VASOACTIVOS</b>   |               |
|          | Epinefrina (Adrenalina ) Líquido Parenteral 1mg / ml                         |               |
|          | Efedrina Líquido Parenteral 60 mg / ml 1ml                                   |               |
|          | Norepinefrina Líquido Parenteral 1 mg/ml                                     |               |
|          | Dopamina Líquido Parenteral 50mg /ml 4ml                                     |               |
|          | Dobutamina Líquido Parenteral 50mg/ml 5ml                                    |               |
|          |  |               |
|          | <b>ANALGÉSICOS</b>   |               |
|          | Butilscopolamina (N-Butilbromuro de Hioscina Líquido Parenteral 20mg /ml 1ml |               |
|          | Ketorolaco Líquido Parenteral 30mg/ml  |               |
|          | Morfina Líquido Parenteral 10mg/ml   |               |
|          | Morfina Líquido Parenteral 20mg/m  |               |
|          | Sulfato de Morfina Líquido 10mg/ml 1ML                                       |               |
| 1        | Paracetamol Líquido Parenteral 10mg/ml 100ml                                 |               |
|          | Paracetamol Líquido Parenteral 10mg/ml 50ml                                  |               |
| 1        | Tramadol Líquido Parenteral 50 mg/ml 2ml                                     |               |
|          |  |               |
|          | <b>ANTIBIÓTICOS</b>  |               |
|          | Amikacina Líquido Parenteral 250 mg/ml 2mg                                   |               |
|          | Ampicilina + Sulbactam Sólido Parenteral 1 mg + 500mg                        |               |
|          | Ceftriaxona Sólido Parenteral 1000 mg  |               |
|          | Ciprofloxacina Líquido Parenteral 20 mg/ml 10ml                              |               |
|          | Clindamicina Líquido Parenteral 150 mg/ml 4m                                 |               |
|          | Gentamicina Líquido Parenteral 80 mg/ml 1ml                                  |               |
|          | Imipenem + Cilastina Sólido Parenteral 500 ml + 500mg                        |               |
|          | Piperacilina + Tazobactam Sólido Parenteral 1000 mg + 500 mg                 |               |
|          | Metronidazol Líquido Parenteral 5mg/ML (100ml)                               |               |

|    |   |      |
|----|---|------|
|    | <b>OTROS</b>  |      |
|    | Acido Tranexámico Líquido Parenteral 100 mg/ml 5ml                                |      |
|    | Dexametasona Líquido Parenteral 4mg /ml (2ml)                                     |      |
|    | Fenitoina Líquido Parenteral 50mg/ml 5ml  |      |
|    | Furosemida Líquido Parenteral 10 mg / ml 2 ml                                     |      |
|    | Enalapril Líquido Parenteral 1,25 mg/ml   |      |
|    | Flumazenil Líquido Parenteral 0,1 mg/ml 5ml                                       |      |
|    | Haloperidol Líquido Parenteral 5mg/ml   |      |
|    | Heparina (No Fraccionada) Líquido Parenteral 5000 UI / ml 5ml                     |      |
|    | Hidrocortisona, Succinato Sódico Sólido Parenteral 100 mg                         |      |
|    | Medio de Contraste Líquido Parenteral 300 mg/ml 100 ml (C.C.)                     |      |
|    | Metilprednisolona, Succinato Sólido Parenteral 500mg                              |      |
|    | Metoclopramida Líquido Parenteral 5 mg/ml 2ml                                     |      |
|    | Mitomicina Sólido Parenteral 20 mg  |      |
|    | Naloxona Líquido Parenteral 0,4 mg/ml 1ml   |      |
|    | Omeprazol Sólido Parenteral 40 mg   |      |
| 1  | Ondasentron Líquido Parenteral 2mg/ml 4ml   |      |
|    | Salbutamol Líquido para Inhalación (Frasco)                                       |      |
|    | Sugammadex Líquido Parenteral 100mg/2ml   |      |
| 1  | Lidocaína (Sin Epinefrina)Líquido Parenteral *2% 10 ml                            |      |
|    |   |      |
|    | <b>ELECTROLITOS</b>   |      |
|    | Bicarbonato de Sodio Líquido Parenteral 1 meq/ml (8,4%) 10ml                      |      |
|    | Cloruro de Potasio Líquido Parenteral 2 meq/ml (10ml)                             |      |
|    | Cloruro de Sodio Líquido Parenteral 3,4 meq/ml (20%) (10ml)                       |      |
|    | Calcio Gluconato Líquido Parenteral 10 % (10ml)                                   |      |
|    | Sulfato de Magnesio (Heptahidratado) Líquido Parenteral 20% (10ml)                |      |
|    |   |      |
|    | <b>COLOIDES</b>   |      |
|    | Manitol Líquido Parenteral 20% 500ml  |      |
|    | Agentes Gelatinas (Poligelina) Líquido Parenteral 3,5 %                           |      |
|    | Agentes Gelatinas (Dextrano 40 + Cloruro de Sodio) Líquido Parenteral 10% (500ml) |      |
|    |   |      |
|    | <b>GASES MEDICINALES</b>  |      |
| 60 | ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO EN LA RECUPERACIÓN                                      | 80%. |
|    |   |      |

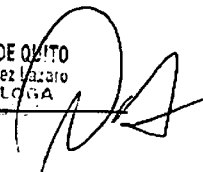
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO: Colocación de catéter implantable  
+ Punción lumbar + AT


ANESTESIA: INICIO: 7:50 FIN: 9:10 MINUTOS: 80.  
CIRUGÍA: INICIO: 8:15 FIN: 8:55 MINUTOS: 40.

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO: DRA. RAMIREZ ORIANA

FIRMA:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Dra. Oriana Ramirez Vaziro  
ANESTESIOLOGA



|  |   | <b>REGISTRO DE INSUMOS , DISPOSITIVOS MÉDICOS DE ANESTESIA Y HEMODERIVADOS</b><br><b>DIRECCIÓN MÉDICA</b><br><b>STAFF MÉDICOS ANESTESIOLOGOS</b> |              | <b>CÓDIGO: SQ-DM-AT-INS-0002-FORM0001</b><br><b>VERSION: 1</b><br><b>FECHA: 09/07/2022</b><br><b>PÁGINA: 1 de 2</b> |                      |
|--|---|--|--------------|---|----------------------|
| <b>QUIRÓFANO No:</b>   | 1   | <b>FECHA:</b>  | 10/08/2023   | <b>TIPO DE ANESTESIA:</b>   | General              |
| <b>NOMBRE PACIENTE:</b>  | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA   |  | <b>EDAD:</b> | 3 AÑOS  | <b>H. CL:</b> 315768 |
| <b>DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:</b>   | LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA B COMUN  |  |              |   |                      |
| <b>CIRUJANOS:</b>  | DR. MORENO LUIS   |  |              |   |                      |
| <b>AYUDANTES:</b>  | DRA. REINA DOMENICA   |  |              |   |                      |
| <b>ANESTESIOLOGOS:</b>   | DRA. RAMIREZ ORIANA   |  |              |   |                      |
| <b>INSTRUMENTISTA:</b>   | SR. YEPEZ CHRISTIAN   |  |              |   |                      |
| <b>CIRCULANTE:</b>   | LIC. VITERI CAROLINA  |  |              |   |                      |
| CANTIDAD   | DISPOSITIVOS MÉDICOS  |  |              |   | JUSTIFICACIÓN        |
| 1  | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 18   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 20   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 21   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 22   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 23   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA HIPODÉRMICA Nº 25   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA ESPINAL Nº 22   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA ESPINAL Nº 27 CON PUNTA DE LÁPIZ  |  |              |   |                      |
|  | AGUJA STIMUPLEX 100 A 150 MM SIN CATÉTER  |  |              |   |                      |
|  | AGUJA STIMUPLEX SIN CATÉTER 0,7X50 MM 30º G22                                   |  |              |   |                      |
|  | AGUJA STIMUPLEX SIN CATÉTER 0,7X80 MM 30º 622                                   |  |              |   |                      |
|  | APÓSITO ADHESIVO 10 M X 15 CM   |  |              |   |                      |
|  | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8,5 X 11,5 CMS  |  |              |   |                      |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE 10 CM X 12 CM  |  |              |   |                      |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 CM X 7 CM                                  |  |              |   |                      |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5 CM X 5,7 CM                              |  |              |   |                      |
|  | CÁNULA DE SUCCIÓN Nº 14   |  |              |   |                      |
|  | CÁNULA DE FIBROSCOPIO (ASA)   |  |              |   |                      |
|  | CÁNULA DE FIBROSCOPIO (ASA) (PEDIÁTRICO)  |  |              |   |                      |
|  | CÁNULA DESCARTABLE PARA FIBROSCOPIO 10 CM                                       |  |              |   |                      |
|  | CÁNULA DESCARTABLE PARA FIBROSCOPIO 9 CM  |  |              |   |                      |
|  | CÁNULA NASAL DE OXIGENO (ADULTO)  |  |              |   |                      |
| 1  | CÁNULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL  |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER INTRAVENOSO Nº 18 G CON ALETAS,VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO       |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER INTRAVENOSO Nº 20 G CON ALETAS,VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO       |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER INTRAVENOSO Nº 22 G CON ALETAS,VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO       |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO CENTRAL 5,5 FR, TRIPLE LUMEN (PEDIÁTRICO)                        |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO CENTRAL 4 FR, DOBLE LUMEN, 13 CM (PEDIÁTRICO)                    |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO CENTRAL 5 FR, DOBLE LUMEN, 13 CM (PEDIÁTRIC                      |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO CENTRAL 7 FR, TRIPLE LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA           |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Nº 14   |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Nº 16   |  |              |   |                      |
|  | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO Nº 24   |  |              |   |                      |
|  | CATÉTERES 5CM ARTERIALES DE IMPLANTACIÓN CENTRAL                                |  |              |   |                      |
|  | CIRCUITO DE VENTEO MECÁNICO ADULTO  |  |              |   |                      |
|  | CIRCUITO DE VENTEO MECÁNICO PEDIÁTRICO  |  |              |   |                      |
|  | DISPOSITIVO MÉDICO DE ALTA PERFUSIÓN (TIVA KIT)                                 |  |              |   |                      |
| 3+3  | ELECTRODOS (EKG)  |  |              |   |                      |
|  | ELECTRODO PARA MONITOREO NO INVASIVO DE PROFUNDIDAD - (CONOX)                   |  |              |   |                      |
|  | EQUIPO DE ANESTESIA PERIDURAL CON JERINGUILLA                                   |  |              |   |                      |
|  | EQUIPO DE INFUSIÓN (BOMBA BRAUN)  |  |              |   |                      |
|  | EQUIPO DE INFUSIÓN AMBAR  |  |              |   |                      |
|  | EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM (BOMBA XL PLUM)                            |  |              |   |                      |
|  | EQUIPO DE VENOCISIS, 220 CM (+/-10 CM)  |  |              |   |                      |
|  | EQUIPO PERIDURAL DOBLE TÉCNICA CON AGUJA EPIDURAL 18 G X 90MM AGUJA ESPINAL 27G |  |              |   |                      |
| 2  | EXTENSIÓN, 75 CM  |  |              |   |                      |
|  | GUANTES QUIRÚRGICOS (PAR) Nº  |  |              |   |                      |
|  | HOJA DE BISTURÍ Nº  |  |              |   |                      |
| 0  | JERINGA 1 ML, 10-100 U, 25G, 5/8  |  |              |   |                      |
| 3  | JERINGA 10 ML, 22 G, 1 1/2"   |  |              |   |                      |
|  | JERINGA 20 ML, CON AGUJA  |  |              |   |                      |
| 1=2  | JERINGA 3 ML, 22 G, 1 1/4"  |  |              |   |                      |
| 2  | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2"  |  |              |   |                      |
|  | JERINGA 50 ML   |  |              |   |                      |

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | LANCETA ULTRA FINA   |  |
|   | LLAVE DE 3 VÍAS  |  |
|   | MANGUERA DE EXTENSIÓN PARA OXIGENO (AMBU)  |  |
| 1 | MASCARILLA LARÍNGEA I-GEL Nº 2   |  |
|   | MASCARILLA LARÍNGEA I-GEL Nº   |  |
|   | MASCARILLA LARÍNGEA Nº   |  |
|   | PRESERVATIVO SIN LUBRICANTE  |  |
|   | SET PARA BLOQUEO NERVIOSO PERIFÉRICO 15 Y 30 25G                                 |  |
|   | SET DE CALENTAMIENTO DE SANGRE O FLUIDOS   |  |
|   | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM (SEDA 2/FS)                        |  |
|   | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA (UNIDAD)   |  |
|   | TRASDUCTOR PRESIÓN ARTERIAL INVASIV  |  |
|   | TUBO DE INTUBACIÓN PULMONAR SELECTIVA Nº IZQUIERDO                               |  |
|   | TUBO DE INTUBACIÓN PULMONAR SELECTIVA Nº IZQUIERDO                               |  |
|   | TUBO DE INTUBACIÓN PULMONAR SELECTIVA Nº DERECHO                                 |  |
|   | TUBO DE INTUBACIÓN PULMONAR SELECTIVA Nº DERECHO                                 |  |
|   | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº SIN BALÓN   |  |
|   | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº SIN BALÓN   |  |
|   | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº CON BALÓN   |  |
|   | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº CON BALÓN   |  |
|   | TUBO ENDOTRAQUEL REFORZADO Nº  |  |
|   | TUBO ENDOTRAQUEL REFORZADO Nº  |  |
|   | <b>SOLUCIONES LÍQUIDOS PARENTERALES</b>  |  |
| 1 | AGUA PARA INYECCIÓN LÍQUIDO PARENTERAL 10 ML                                     |  |
|   | CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 100 ML                                  |  |
|   | CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 1000 ML                                 |  |
|   | CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 250 ML                                  |  |
|   | CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 500 ML                                  |  |
|   | CARBOHIDRATOS(DEXTROSA EN AGUALÍQUIDO PARENTERAL 50 % 250 ML                     |  |
|   | CARBOHIDRATOS(DEXTROSA EN AGUALÍQUIDO PARENTERAL 50 % 500 ML                     |  |
|   | CARBOHIDRATOS(DEXTROSA EN AGUALÍQUIDO PARENTERAL 50 % 1000 ML                    |  |
|   | ELECTROLITOS CARBOHIDRATOS (DEXTROSA SOL. SALINA) LIQ. PARENTERAL 5%+0,9% 1000ML |  |
|   | COMBINACIONES (LACTATO DE RINGER) LÍQUIDO PARENTERAL 1000 ML                     |  |
|   |  |  |
|   |  |  |

#### HEMOCOMPONENTES

| NOMENCLATURA | COMPONENTES SANGUÍNEOS  | CÓDIGO   | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |
|--------------|---|----------|----------|---------------|
| PFC          | PLASMA FRESCO CONGELADO   | 370003   |          |               |
| PR           | PLASMA REFRIGERADO  | 370004   |          |               |
| CRIO         | CRIOPRECIPITADO   | 370005   |          |               |
| CP           | CONCENTRADO DE PLAQUETAS  | 370006   |          |               |
| CGRL         | CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS                       | 370007   |          |               |
| CGRLp        | CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS PEDIÁTRICOS           | 370008   |          |               |
| CPA          | CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS                               | 370010   |          |               |
| CGRSCLp      | CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA             | 85009    |          |               |
| CGRPSCLp     | CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS PEDIÁTRICOS SIN CAPA LEUCOPLAQUETARIA | 85009001 |          |               |
| CGRI         | IRRADIADOS  | 86945    |          |               |
|              | CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS IRRADIADOS                            | 86945001 |          |               |
| CSR          | SANGRE RECONSTITUIDA  | 370001   |          |               |
| CGR          | CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS                                       | 370002   |          |               |
| CPLR         | CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS                            | 89035    |          |               |

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO:

PL + QT

Colocación de catéter implantable +

ANESTESIA:

INICIO:

7:50

FIN:

9:10

MINUTOS:

80

CIRUGÍA:

INICIO:

8:15

FIN:

8:55

MINUTOS:

40

NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO:

DRA. RAMIREZ ORIANA

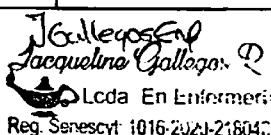
FIRMA:

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Dra. Oriana Ramirez Lazaro  
ANESTESIOLOGA  
C.I. 17377-04

|  |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
|--|----------|---------------|-----------------------------------|---------------|------------|---------------|-----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |          |               | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | 315768    |  |
| c. SERVICIO:   |          |               | PEDIATRIA ONCOLOGICA              |               | d. FECHA:  |               | 14/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCION                                       | AM       |               | PM                                |               | HS         |               |           |  |
|  | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD                          | JUSTIFICACION | CANTIDAD   | JUSTIFICACION |           |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                          |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                 |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| GUANTES DE NITRILO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| MASCARILLA N95                                       |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                      |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                              |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)        |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                       |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                          |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                     |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                       |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)               |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
|  |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
|  |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
|  |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
|  |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
|  |          |               |                                   |               |            |               |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |          |               |                                   |               |            |               |           |  |



## REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

| a. NOMBRE DE PACIENTE:   | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA   |                 |          |                  | 315.768  |               |
|--|---|-----------------|----------|------------------|----------|---------------|
| PEDIATRIA ONCOLOGICA   |   |                 |          | FECHA: 14/8/2023 |          |               |
| 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)____<br>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>M</u><br>NITRIL                             | 3   | Manejo Pcl.     |          |                  |          |               |
| HUMIDIFICADOR  |   |                 |          |                  |          |               |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO<br>TAMAÑO ESTANDAR                    | 2   | Protocolo covid |          |                  |          |               |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)   |   |                 |          |                  |          |               |
| FIRMA ENFERMERA<br>RESPONSABLE   | <br>Lcda En Enfermeria<br>Reg. Senescyt: 1016-2021-2160405 |                 |          |                  |          |               |

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
**ALTA**  
Segundo Piso





# REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, FARMACOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS N° 1

|  |   |                                   |               |           |               |             |               |
|--|---|-----------------------------------|---------------|-----------|---------------|-------------|---------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |   | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA |               |           |               | HC: 315.768 |               |
| c. SERVICIO:   |   | ONCOLOGIA PEDIATRICA              |               | d. FECHA: |               | 14/8/2023   |               |
| e. DESCRIPCION                                       |   | AM                                |               | PM        |               | HS          |               |
|  |   | CANTIDAD                          | JUSTIFICACION | CANTIDAD  | JUSTIFICACION | CANTIDAD    | JUSTIFICACION |
| COLOCACION DE VIA PERIFERICA                         | CATETER INTRAVENOSO CON ALETAS, VALVULA CONTROL DE FLUJO SANGUINEO<br>No. / / |                                   |               |           |               |             |               |
|  | CATETER VENOSO PERIFERICO # 24  |                                   |               |           |               |             |               |
|  | LLAVE DE TRES VIAS  |                                   |               |           |               |             |               |
|  | APOSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM                                    |                                   |               |           |               |             |               |
|  | APOSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIATRICO 5X5.7CM (SOBRE)                          |                                   |               |           |               |             |               |
|  | EXTENCION DE LLAVES DE TRES VIAS PARA VENOCISIS                               |                                   |               |           |               |             |               |
| ACTIVACION DE CATETER IMPLANTABLE                    | AGUJA DE HUBBER SIN EXTENSION # 20  |                                   |               |           |               |             |               |
|  | AGUJA DE HUBBER SIN EXTENSION # 22  |                                   |               |           |               |             |               |
|  | APOSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS  |                                   |               |           |               |             |               |
|  | GUANTES QUIRURGICOS # / /   |                                   |               |           |               |             |               |
|  | LLAVE DE 3 VIAS CON EXTENSION   |                                   |               |           |               |             |               |
|  | LLAVE DE TRES VIAS  |                                   |               |           |               |             |               |
| JERINGA ____cc/____cc/____cc                         |   |                                   |               |           |               |             |               |
| HEPARINIZACION CATETER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE | GUANTES QUIRURGICOS # / /   |                                   |               |           |               |             |               |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                              |                                   |               |           |               |             |               |
|  | HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML                |                                   |               |           |               |             |               |
|  | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2   |                                   |               |           |               |             |               |
| COLOCACION DE VIA SUBCUTANEA                         | CATETER INTRAVENOSO 22G CON ALETAS, VALVULA CONTROL DE FLUJO SANGUINEO        |                                   |               |           |               |             |               |
|  | BIONECTOR (CONECTOR DE SEGURIDAD DE VIAS)                                     |                                   |               |           |               |             |               |
|  | APOSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM                                    |                                   |               |           |               |             |               |
|  | APOSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIATRICO 5X5.7CM (SOBRE)                          |                                   |               |           |               |             |               |
| HGT  | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA ( UNIDAD )  |                                   |               |           |               |             |               |
|  | LANCETAS(ULTRA FINA)  |                                   |               |           |               |             |               |
| CURACION DE HERIDA                                   | GUANTES QUIRURGICOS # / /   |                                   |               |           |               |             |               |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %                                     |                                   |               |           |               |             |               |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |   |                                   |               |           |               |             |               |

|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:      |  | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | HC: 315.768 |               |
| c. SERVICIO:                |  | ONCOLOGIA PEDIATRICA              |               | d. FECHA:  |               | 14/8/2023   |               |
| e. DESCRIPCION              |  | AM                                |               | PM         |               | HS          |               |
|                             |  | CANTIDAD                          | JUSTIFICACION | CANTIDAD   | JUSTIFICACION | CANTIDAD    | JUSTIFICACION |
| PREPARACION BOMBA MORFINA   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA 50 ML  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | MORFINAS AMP ____mg / ____mg                                     |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO DE INFUSION AMBAR   |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM )   |                                   |               |            |               |             |               |
| COLOCACION SONDA FOLEY      | SONDA FOLEY 2 VIAS # ____  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | SONDA FOLEY 3 VIAS # ____  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | GUANTES QUIRURGICOS # ____/____/____                             |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | BOLSA COLECTORA ORINA (ADULTO)                                   |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | BOLSA COLECTORA ESPECIAL PARA ORINA                              |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                                   |               |            |               |             |               |
| COLOCACION DE VIA CENTRAL   | CATETER VENOSO CENTRAL, 7FR, 3 LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | GUANTES QUIRURGICOS # ____/____/____                             |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | LIDOCAINA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                                |               | CC         |               | CC          |               |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | LLAVE DE TRES VIAS   |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | APOSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS                           |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                                   |               |            |               |             |               |
| COLOCACION TUBO TORACICO    | GUANTES QUIRURGICOS # ____/____/____                             |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | HOJA DE BISTURI # ____   |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | SONDA PARA TORAX # ____  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | SISTEMA DE DRENAJE TORACICO, TRES CAMARAS                        |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | LIDOCAINA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                                |               | CC         |               | CC          |               |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE |  |                                   |               |            |               |             |               |

| <b>a. NOMBRE DE PACIENTE:</b>   |  | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA          |               | <b>b. H. CL.:</b> |               | HC: 315.768 |               |
|---|--|--|---------------|-------------------|---------------|-------------|---------------|
| <b>c. SERVICIO:</b>   |  | ONCOLOGIA PEDIATRICA                       |               | <b>d. FECHA:</b>  |               | 14/8/2023   |               |
| e. DESCRIPCION  |  | AM   |               | PM                |               | HS          |               |
|   |  | CANTIDAD                                   | JUSTIFICACION | CANTIDAD          | JUSTIFICACION | CANTIDAD    | JUSTIFICACION |
| ASPIRACION DE SECRECIONES   | GUANTES QUIRURGICOS # ____/____/____   |  |               |                   |               |             |               |
|   | CANULA DE SUCCION # ____   |  |               |                   |               |             |               |
| SOLUCIONES INTRAVENOSAS PARA OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA           | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 1000 ML                                |  |               |                   |               |             |               |
|   | 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   | AGUJA DE BIOPSIA OSEA 11 GA X 4 IN (10 CM) |               |                   |               |             |               |
| AGUJA DE ASPIRADO DE MEDULA OSEA 16 GA X 2.68 IN                          |  |  |               |                   |               |             |               |
| AGUJA ESPINAL #   |  |  |               |                   |               |             |               |
| APOSITO 10 X 12   |  |  |               |                   |               |             |               |
| APOSITO HIDROCOLOIDE 15 CM X 15 CM  |  |  |               |                   |               |             |               |
| ATOMIZADOR BUCAL ( ACUBIAL )  |  |  |               |                   |               |             |               |
| BASE PARA FUNDA DE OSTOMIA ____ MM/____MM/____MM                          |  |  |               |                   |               |             |               |
| BOLSA PARA OSTOMIA ____ MM/____MM/____MM                                  |  |  |               |                   |               |             |               |
| BOLSA PARA OSTOMIA CERRADA UNA PIEZA, TRANSPARENTE                        |  |  |               |                   |               |             |               |
| CATETER INTRAVENOSO CON ALETAS, VALVULA CONTROL DE FLUJO SANGUINEO # ____ |  |  |               |                   |               |             |               |
| CATETER VENOSO PERIFERICO #   |  |  |               |                   |               |             |               |
| CONECTOR PARA VIA INTRAVENOSA (HEMBRAS )                                  |  |  |               |                   |               |             |               |
| CONECTOR PARA VIA INTRAVENOSA (MACHO )                                    |  |  |               |                   |               |             |               |
| ELECTRODOS  |  |  |               |                   |               |             |               |
| <b>FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE</b>  |  |  |               |                   |               |             |               |

|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|-----------------------------|--|-----------------------------------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:      |  | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | HC: 315.768 |               |
| c. SERVICIO:                |  | ONCOLOGIA PEDIATRICA              |               | d. FECHA:  |               | 14/8/2023   |               |
| e. DESCRIPCION              |  | AM                                |               | PM         |               | HS          |               |
|                             |  | CANTIDAD                          | JUSTIFICACION | CANTIDAD   | JUSTIFICACION | CANTIDAD    | JUSTIFICACION |
| OTROS DISPOSITIVOS          | EQUIPO DE INFUSION   |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO DE INFUSION AMBAR                                       |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA 264 CM                           |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM ) |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO DE VENOCISIS. 220CM (+/-10CM)                           |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | EQUIPO MICROGOTERO GENERAL                                     |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | GUANTES QUIRURGICOS # 6,5                                      |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | GUANTES QUIRURGICOS # 7  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | GUANTES QUIRURGICOS # 7,5                                      |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | 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                                      |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA DE 50  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | JERINGA DE 50 A 60 ML (GUYON)                                  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | MICROGOTERO PARA QUIMIOTERAPIA (SIN VALVULA)                   |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | REGENERADOR DE TEJIDOS EXTRA FINO                              |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | VENTA DE GASA ____"/____"/____"/                               |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | VENTA DE GUATA ____"/____"/____"/ (ALGODON)                    |                                   |               |            |               |             |               |
|                             | VENTA ELASTICA ____"/____"/____"/                              |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
|                             |  |                                   |               |            |               |             |               |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE |  |                                   |               |            |               |             |               |

SOLCA NÚCLEO DE QUITO

ALTA

Segundo Piso

HOJA 4/4



## REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |   | SALAZAR SALINAS                     |   | GABRIELA FERNANDA                   |  | b. H. CL.  |  | 315.768   |  |
|--|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|--|-----------|--|
| c. SERVICIO:   |   | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA                |   |                                     |  | d. FECHA:  |  | 13/8/2023 |  |
| 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)____<br>CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL____ |   |                                     |   |                                     |  |  |  |           |  |
| BOBINA 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>M</u><br>NITRILO                            | 3   | Control diuresis<br>manejo paciente | 3   | Control diuresis<br>manejo paciente | 4  | Control de<br>diuresis y<br>manejo de<br>paciente. |  |           |  |
| HUMIDIFICADOR  |   |                                     |   |                                     |  |  |  |           |  |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO<br>TAMAÑO ESTANDAR                    | 2   | Protección covid<br>pte + familiar. | 2   | Protección covid<br>pte + familiar. |  |  |  |           |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)   |   |                                     |   |                                     |  |  |  |           |  |
| FIRMA ENFERMERA<br>RESPONSABLE   | Ja. Johanna Silva V.<br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>JSilva   Ent |                                     | Johanna Silva V.<br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>JSilva   Ent |                                     | Lcda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2<br>A. Pillajo   Ent |  |  |           |  |

| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |   | SALAZAR SALINAS            |   | GABRIELA FERNANDA           |  | b. H. CL.                        |          | 315768    |  |
|--|---|----------------------------|---|-----------------------------|--|----------------------------------|----------|-----------|--|
| c. SERVICIO:   |   | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA       |   |                             |  | d. FECHA:                        |          | 13/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCION                                       | AM  |                            | PM  |                             | HS   |                                  |          |           |  |
|  | CANTIDAD  | JUSTIFICACION              | CANTIDAD  | JUSTIFICACION               | CANTIDAD   | JUSTIFICACION                    |          |           |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                          |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                 |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| GUANTES DE NITRILO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| MASCARILLA N95                                       |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                      |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                              |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)        |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                       |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                          |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                     | 3   | Control Ph<br>cada micción | 3   | Control Ph.<br>cada micción | 3  | Control de<br>pH cada<br>micción |          |           |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                       |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)               |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
|  |   |                            |   |                             |  |                                  |          |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          | Jhonanna Silva V.<br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>Tel: 005-2020-21818-<br>J Silva Ent |                            | Jhonanna Silva V.<br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>J Silva Ent |                             | Leda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2<br>A. Pillajo Ent |                                  | HOJA 2/2 |           |  |

PACIENTE: SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA H.C. 315.768

c. SERVICIO: PEDIATRIA ONCOLOGICA d. FECHA: 13/08/2023

| e. DESCRIPCIÓN   | AM       |                     | PM       |               | HS       |               |
|--|----------|---------------------|----------|---------------|----------|---------------|
|  | 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   |          |                     |          |               |          |               |
| APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM   |          |                     |          |               |          |               |
| APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                               |          | Por desprendimiento |          |               |          |               |
| EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCCLISIS                                  |          |                     |          |               |          |               |
| 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   |          |                     |          |               |          |               |
| JERINGA ___cc/___cc/___cc  |          |                     |          |               |          |               |
| HEPARINIZACIÓN CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE                               |          |                     |          |               |          |               |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___  |          |                     |          |               |          |               |
| CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                                   |          |                     |          |               |          |               |
| HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 1000 UI/ML 5ML                      |          |                     |          |               |          |               |
| JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |          |                     |          |               |          |               |
| COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA   |          |                     |          |               |          |               |
| 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   |          |                     |          |               |          |               |
| APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                               |          |                     |          |               |          |               |
| HGT  |          |                     |          |               |          |               |
| TIRAS REACTIVAS GLUCOSA ( UNIDAD )   | 1        | Glicemia.           | 1        | Glicemia.     |          |               |
| LANCETAS(ULTRA FINA)   | 1        | Glicemia.           | 1        | Glicemia.     |          |               |
| CURACIÓN DE HERIDA   |          |                     |          |               |          |               |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # ___/___/___  |          |                     |          |               |          |               |
| CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %  |          |                     |          |               |          |               |



FIRMA ENFERMERA  
RESPONSABLE

Lcda. Johanna Silva  
CI: 1725103129  
ENFERMERA  
Reg. Senescyt: 1005-2020-2181877  
J Silva/Ent.

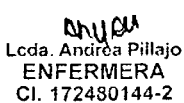
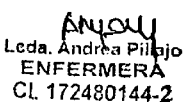
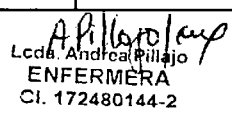
| a. NOMBRE DE PACIENTE:      |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | 315768    |  |
|-----------------------------|--|----------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|-----------|--|
| c. SERVICIO:                |  | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |               |                   |               | d. FECHA:  |               | 13/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN              |  | AM                   |               | PM                |               | HS         |               |           |  |
|                             |  | CANTIDAD             | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN |           |  |
| PREPARACIÓN BOMBA MORFINA   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2                                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 50 ML  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | MORFINAS AMP ____mg / ____mg                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM )   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN SONDA FOLEY      | SONDA FOLEY 2 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SONDA FOLEY 3 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | BOLSA COLECTORA ORINA (ADULTO)                                   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | BOLSA COLECTORA ESPECIAL PARA ORINA                              |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA CENTRAL   | CATÉTER VENOSO CENTRAL, 7FR, 3 LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                   |               | CC                |               | CC         |               |           |  |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | LLAVE DE TRES VÍAS   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS                           |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN TUBO TORÁCICO    | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | HOJA DE BISTURÍ # ____   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SONDA PARA TÓRAX # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO, TRES CÁMARAS                        |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              |                      |               | CC                |               | CC         |               |           |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |



|   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
|---|--|--|---------------|-------------------|---------------|--|---------------|------------|--------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | SALAZAR SALINAS  |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.:                             |               | 315.768    |              |
| c. SERVICIO:  |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA   |               |                   |               | d. FECHA:                              |               | 13/08/2023 |              |
| 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                                |  |               |                   |               |  |               |            |              |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 500 ML                                 |  |               |                   |               |  |               | ✓          | Orlivi, Ned. |
|   | 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   | AGUJA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM)   |               |                   |               |  |               |            |              |
| AGUA INYECTABLE 10 ML   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| AGUJA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2.68 IN                          |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| AGUJA ESPINAL #   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| APÓSITO 10 X 12   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| APÓSITO HIDROCOLIODE 15 CM X 15 CM  |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| ATOMIZADOR 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)                   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO # ____ |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| COMPRESA QUIRURGICA 45cm X 45cm   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO #   |  |  |               |                   |               |  |               |            |              |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE   |  | Lda. Johanna Silva V.<br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>Reg. Senescyt: 1005 2020 210 000 3 Silva/Enf |               |                   |               | Lda. Andrea Pillajo<br>CI: 172480144-2 |               | HOJA 3/4   |              |

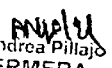

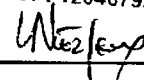
| a. NOMBRE DE PACIENTE:   | SALAZAR SALINAS   | GABRIELA FERNANDA  | b. H. CL.:  | 315.768            |                     |
|--|---|--|---|--------------------|---------------------|
| c. SERVICIO:   | PEDIATRIA ONCOLOGICA  | d. FECHA:  | 13/08/2023  |                    |                     |
| e. DESCRIPCIÓN   | AM<br>JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD   | PM<br>JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD           | HS<br>JUSTIFICACIÓN |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS )                       |   |  |   |                    |                     |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO )                         |   |  |   |                    |                     |
| ELECTRODOS   |   |  |   |                    |                     |
| 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                                     |   |  |   |                    |                     |
| 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                                      | / Enguje Braunato   |  |   |                    |                     |
| 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                                      | X diluir Acetazolamida  | / /  | Electroforo toma diluir muestra. Acetazolamid                 | / 2 Diluir Marcups |                     |
| JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2                                      | X Leucovorina   | /  | Leucovorina.  | 1 Lorahidruvo      |                     |
| JERINGA DE 50  |   |  |   |                    |                     |
| JERINGA DE 50 A 60 ML (Guyon)                                  |   |  |   |                    |                     |
| MICROGOTERO PARA QUIMIOTERAPIA (SIN VÁLVULA)                   |   |  |   |                    |                     |
| REGENERADOR DE TEJIDOS EXTRA FINO                              |   |  |   |                    |                     |
| VENDA DE GASÁ ____"/____"/____"/                               |   |  |   |                    |                     |
| VENDA DE GUATA ____"/____"/____"/ (ALGODÓN)                    |   |  |   |                    |                     |
| VENDA ELÁSTICA ____"/____"/____"/                              |   |  |   |                    |                     |
|  |   |  |   |                    |                     |
|  |   |  |   |                    |                     |
|  |   |  |   |                    |                     |
|  |   |  |   |                    |                     |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                                    | Lcda. Johanna Silva V.<br><br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>Reg.Senescyt: 1005-2020-1100<br>J Silva Ent | Lcda. Johanna Silva V.<br><br>CI: 1725103129<br>ENFERMERA<br>Reg.Senescyt: 1005-2020-1100<br>J Silva Ent | Anita<br>Lcda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2 | HOJA 4/4           |                     |

# REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |   | SALAZAR SALINAS         |  | GABRIELA FERNANDA       |   | b. H. CL.         |  | 315.768   |  |
|--|---|-------------------------|--|-------------------------|---|-------------------|--|-----------|--|
| c. SERVICIO:   |   | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA    |  |                         |   | d. FECHA:         |  | 12/8/2023 |  |
| 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) _____<br>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>M</u><br>NITRILO                                | 3   | Control Dureza y Manejo | 3  | Control Dureza y Manejo | 2   | Control de Dureza |  |           |  |
| HUMIDIFICADOR  |   |                         |  |                         |   |                   |  |           |  |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR                           | 2   | Protocolo Covid 19      | 2  | Protocolo Covid 19      |   |                   |  |           |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)   |   |                         |  |                         |   |                   |  |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE  | <br>Leda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2 |                         | <br>Leda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2 |                         | <br>Leda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2 |                   |  |           |  |

HOJA 1/2

202B

| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |   | SALAZAR SALINAS      |  | GABRIELA FERNANDA   |  | b. H. CL.     |  | 315768    |  |
|--|---|----------------------|--|---------------------|--|---------------|--|-----------|--|
| c. SERVICIO:   |   | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |  |                     |  | d. FECHA:     |  | 12/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCION                                       | AM  |                      | PM   |                     | HS   |               |  |           |  |
|  | CANTIDAD  | JUSTIFICACION        | CANTIDAD   | JUSTIFICACION       | CANTIDAD   | JUSTIFICACION |  |           |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                          |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                 |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| GUANTES DE NITRILO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| MASCARILLA N95                                       |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                      |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                              |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)        |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                       |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                          |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                     | 3   | Control de Ph. c/m   | 3  | Control de Ph. c/m. | 3  | Control Ph.   |  |           |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                       |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)               |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
|  |   |                      |  |                     |  |               |  |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          | <br>Lcda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>Ci. 172480144-2 |                      | <br>Lcda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>Ci. 172480144-2 |                     | SOLCA NUCLEO DE QUITO<br>Lic. Lorena Nuñez R.<br>ENFERMERA<br>MSP: 1204679250<br> |               |  |           |  |

ECUADOR  
NUCLEO DE QUITO

## REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, FÁRMACOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS Nº 1

|  |   |   |               |   |               |   |               |            |  |
|--|---|---|---------------|---|---------------|---|---------------|------------|--|
| PACIENTE:  |   | SALAZAR SALINAS   |               | GABRIELA FERNANDA   |               | H.C.  |               | 315.768    |  |
| c. SERVICIO:   |   | PEDIATRIA ONCOLOGICA  |               |   |               | d. FECHA:   |               | 12/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN                                       |   | AM  |               | PM  |               | HS  |               |            |  |
|  |   | 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  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                                  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCISIS                                       |   |               |   |               |   |               |            |  |
| 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  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | JERINGA ____cc/____cc/____cc  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  |   |   |               |   |               |   |               |            |  |
| HEPARINIZACIÓN CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                                      |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML                        |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2   |   |               |   |               |   |               |            |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA                         | 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  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                                  |   |               |   |               |   |               |            |  |
| HGT  | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA ( UNIDAD )  | 1   | Control       | 1   | Control       | 1   | Glucemia      |            |  |
|  | LANCETAS(ULTRA FINA)  | 1   | Punción       | 1   | Punción       | 1   | Punción       |            |  |
| CURACIÓN DE HERIDA                                   | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %   |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  |   |   |               |   |               |   |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |   | Lcda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>Cl. 172480144-2<br>Ankipsa |               | Lcda. Andrea Pillajo<br>ENFERMERA<br>Cl. 172480144-2<br>Ankipsa |               | SOLCA NUCLEO DE QUITO<br>Lic. Lorena Nunez R.<br>ENFERMERA<br>MSP: 1204679250<br>HOJA 1/4 |               |            |  |

| <b>a. NOMBRE DE PACIENTE:</b>      |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA |               | <b>b. H. CL.:</b> |               | 315768    |  |
|------------------------------------|--|----------------------|---------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|-----------|--|
| <b>c. SERVICIO:</b>                |  | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |               |                   |               | <b>d. FECHA:</b>  |               | 12/8/2023 |  |
| <b>e. DESCRIPCIÓN</b>              |  | <b>AM</b>            |               | <b>PM</b>         |               | <b>HS</b>         |               |           |  |
|                                    |  | CANTIDAD             | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN |           |  |
| PREPARACIÓN BOMBA MORFINA          | COLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2                                    |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | JERINGA 50 ML  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | MORFINAS AMP ____mg / ____mg                                     |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR   |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM )   |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
| COLOCACIÓN Sonda FOLEY             | SONDA FOLEY 2 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | SONDA FOLEY 3 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | BOLSA COLECTORA ORINA (ADULTO)                                   |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | BOLSA COLECTORA ESPECIAL PARA ORINA                              |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA CENTRAL          | CATÉTER VENOSO CENTRAL, 7FR, 3 LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                   |               | CC                |               | CC                |               |           |  |
|                                    | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | LLAVE DE TRES VÍAS   |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | COLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS                           |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
| COLOCACIÓN TUBO TORÁCICO           | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | HOJA DE BISTURÍ # ____   |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | SONDA PARA TÓRAX # ____  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO, TRES CÁMARAS                        |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |
|                                    | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              |                      |               | CC                |               | CC                |               |           |  |
| <b>FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE</b> |  |                      |               |                   |               |                   |               |           |  |

|   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
|---|--|--|---------------|---|------------------|--|---------------|--------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | SALAZAR SALINAS                            |               | GABRIELA FERNANDA   |                  | b. H. CL.:   |               | 315.768      |  |
| c. SERVICIO:  |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA                       |               |   |                  | d. FECHA:  |               | 12/08/2023   |  |
| 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                                |  |               |   |                  |  |               |              |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 500 ML                                 |  |               |   |                  |  |               | X Medicación |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 250 ML                                 |  |               |   |                  |  |               |              |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                                 |  |               | X   | Drop Equivocados | X  | Enjuego       |              |  |
|   | 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   | AGUJA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM) |               |   |                  |  |               |              |  |
| AGUA INYECTABLE 10 ML   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| AGUJA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2.68 IN                          |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| AGUJA ESPINAL #   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| APÓSITO 10 X 12   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| APÓSITO HIDROCOLIODE 15 CM X 15 CM  |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| ATOMIZADOR 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)                   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO # ____ |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| COMPRESA QUIRURGICA 45cm X 45cm   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO #   |  |  |               |   |                  |  |               |              |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE   |  |  |               | Lcda. Andrea Piilajo<br>ENFERMERA<br>CI. 172480144-2<br>Anaya |                  | SOLCA NUCLEO DE QUITO<br>Lic. Lorena Nuñez R.<br>ENFERMERA<br>MSP: 1204679250<br>Wuendup |               | HOJA 3/4     |  |

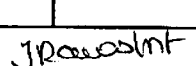

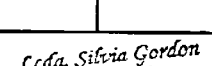
|  |  |   |          |   |          |   |          |               |   |
|--|--|---|----------|---|----------|---|----------|---------------|---|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |  | SALAZAR SALINAS   |          | GABRIELA FERNANDA   |          | b. H. CL.:  |          | 315.768       |   |
| c. SERVICIO:   |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA  |          |   |          | d. FECHA:   |          | 12/08/2023    |   |
| e. DESCRIPCIÓN   |  | AM  |          | PM  |          | HS  |          |               |   |
|  |  | JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |   |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS )                       |  |   |          |   |          |   |          |               |   |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO )                         |  |   |          |   |          |   |          |               |   |
| ELECTRODOS   |  |   |          |   |          |   |          |               |   |
| 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 VENOCLISIS. 220CM (+/-10CM)                          |  |   |          |   |          |   |          |               |   |
| 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   | 1        | 1   | 1        | 2   | 2        | 2             | 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                                    |  | Lcda. Andrea Piliayo<br>ENFERMERA<br>Ci. 172480144-2<br>Anyay |          | Lcda. Andrea Piliayo<br>ENFERMERA<br>Ci. 172480144-2<br>Anyay |          | SOLCA NUCLEO DE QUITO<br>Lic. Lorena Nuñez R.<br>ENFERMERA<br>MSP: 1204679250<br>Lorena |          | HOJA 4/4      |   |

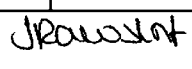
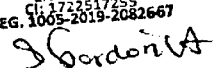




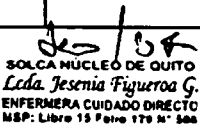
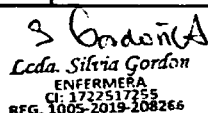
## REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

|  |  |   |   |   |   |   |  |           |  |
|--|--|---|---|---|---|---|--|-----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |  | SALAZAR SALINAS                         |   | GABRIELA FERNANDA                       |   | b. H. CL.                               |  | 315.768   |  |
| c. SERVICIO:   |  | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA                    |   |   |   | d. FECHA:                               |  | 11/8/2023 |  |
| 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) _____<br>CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL _____ |  |   |   |   |   |   |  |           |  |
| CANULA 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>M</u><br>NITRILO                                | 3  | Eliminacion de diuresis y manejo de pde | 3   | Eliminacion de diuresis y manejo de pde | 3   | Eliminacion de diuresis y manejo de pde |  |           |  |
| HUMIDIFICADOR  |  |   |   |   |   |   |  |           |  |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR                           | 2  | Proteccion covid paciente familiar      | 2   | Proteccion covid paciente familiar      |   |   |  |           |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)   |  |   |   |   |   |   |  |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE  | J. Ramos<br>SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda. Josselyn Ramos<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>C.I.: 1722884913 |   | J. Ramos<br>SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda. Jesenia Figueroa G.<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>MSP: Libro 15 Folio 170 N° 509 |   | Leda. Silvia Gordon<br>ENFERMERA<br>C.I.: 1722517255<br>REG. 1005-2019-2082667<br>S. Gordon<br>HOJA 1/2 |   |  |           |  |

| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |   | SALAZAR SALINAS            |  | GABRIELA FERNANDA          |   | b. H. CL.                  |  | 315768    |  |
|--|---|----------------------------|--|----------------------------|---|----------------------------|--|-----------|--|
| c. SERVICIO:   |   | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA       |  |                            |   | d. FECHA:                  |  | 11/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCION                                       | AM  |                            | PM   |                            | HS  |                            |  |           |  |
|  | CANTIDAD  | JUSTIFICACION              | CANTIDAD   | JUSTIFICACION              | CANTIDAD  | JUSTIFICACION              |  |           |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                          |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                 |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| GUANTES DE NITRILO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| MASCARILLA N95                                       |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                      |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                              |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)        |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                       |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                          |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                     | 3   | control de Ph cada micción | 3  | control de Ph cada micción | 3   | control de Ph cada micción |  |           |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                       |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)               |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
|  |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
|  |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
|  |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
|  |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
|  |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
|  |   |                            |  |                            |   |                            |  |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          | <br>SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda Josselyn Ramos<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>C.I. 1722864913 |                            | <br>SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda Jesenia Figueroa G.<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>MSP. Libro 15 Folio 170 N° 500 |                            | <br>Leda Silvia Gordon<br>ENFERMERA<br>C.I. 1722517255<br>REG. 1005-2019-2082667 |                            |  |           |  |

| PACIENTE:  |   | SALAZAR SALINAS  |                | GABRIELA FERNANDA |               | H.C.  |               | 315.768    |  |
|--|---|--|----------------|-------------------|---------------|---|---------------|------------|--|
| c. SERVICIO:   |   | PEDIATRIA ONCOLOGICA   |                |                   |               | d. FECHA:   |               | 11/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN                                       |   | AM   |                | PM                |               | HS  |               |            |  |
|  |   | 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  | Cierro cerrado |                   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                                  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCCLISIS                                     |  |                |                   |               |   |               |            |  |
| 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  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | JERINGA ____cc/____cc/____cc  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
| HEPARINIZACIÓN CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                                      |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML                        |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2   |  |                |                   |               |   |               |            |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA                         | 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  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                                  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
| HGT  | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA ( UNIDAD )  |  |                |                   |               | 1+1   | Control de    |            |  |
|  | LANCETAS(ULTRA FINA)  |  |                |                   |               | 1+1   | Glicemia      |            |  |
| CURACIÓN DE HERIDA                                   | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____  |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %   |  |                |                   |               |   |               |            |  |
|  |   |  |                |                   |               |   |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |   | <br>SOLCA NUCLEO DE QUITO<br>Lda. Josselyn Ramos<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>C.I.: 1722864913 |                |                   |               | Lda. Silvia Gordon<br>ENFERMERA<br>C.I. 1722517255<br>REG. 1005-2019-2082667<br><br>HOJA 1/4 |               |            |  |

|                           |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|---------------------------|--|----------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|-----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:    |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | 315768    |  |
| c. SERVICIO:              |  | ONCOLOGÍA PEDIATRÍCA |               |                   |               | d. FECHA:  |               | 11/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN            |  | AM                   |               | PM                |               | HS         |               |           |  |
|                           |  | CANTIDAD             | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN |           |  |
| PREPARACIÓN BOMBA MORFINA | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2                                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | JERINGA 50 ML  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | MORFINAS AMP ____mg / ____mg                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM )   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN SONDA FOLEY    | SONDA FOLEY 2 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | SONDA FOLEY 3 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | BOLSA COLECTORA ORINA (ADULTO)                                   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | BOLSA COLECTORA ESPECIAL PARA ORINA                              |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA CENTRAL | CATÉTER VENOSO CENTRAL, 7FR, 3 LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                   |               | CC                |               | CC         |               |           |  |
|                           | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | LLAVE DE TRES VÍAS   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS                           |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN TUBO TORÁCICO  | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | HOJA DE BISTURÍ # ____   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | SONDA PARA TÓRAX # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO, TRES CÁMARAS                        |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                           | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              |                      |               | CC                |               | CC         |               |           |  |
|                           | FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                                      |                      |               |                   |               |            |               |           |  |

|   |  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|---|--|----------------------|---------------|--|---------------|---|---------------|------------|-------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA  |               | b. H. CL.:  |               | 315.768    |             |
| c. SERVICIO:  |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA |               |  |               | d. FECHA:   |               | 11/08/2023 |             |
| 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                                |                      |               |  |               |   |               | 1          | Hidratación |
|   | 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                     |                      |               |  |               |   |               | 1          | Enjuague.   |
|   | 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 |                      |               |  |               |   |               |            |             |
| OTROS DISPOSITIVOS  | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 50 % 500 ML                  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | AGUJA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM)                                       |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | AGUA INYECTABLE 10 ML  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | AGUJA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2.68 IN                                 |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | AGUJA ESPINAL #  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | APÓSITO 10 X 12  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | APÓSITO HIDROCOLIODE 15 CM X 15 CM   |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | ATOMIZADOR BUCAL ( ACUBIAL )   |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | BASE PARA FUNDA DE OSTOMIA ____ MM/____MM/____MM                                 |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | BIONECTOR  |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | BOLSA PARA OSTOMIA ____ MM/____MM/____MM   |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | BOLSA PARA OSTOMIA CERRADA UNA PIEZA, TRANSPARENTE                               |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | BRAZLETE ADULT IDENTIFICACION PACIENTE (1 PULGX 11 PULG)                         |                      |               |  |               |   |               |            |             |
|   | BRAZLETE 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                                     |  |                      |               | <br>SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda Jesenia Figueroa G.<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>MSP: Libro 15 Folio 179 N° 586 |               | <br>Leda Silvia Gordon<br>ENFERMERA<br>CI: 1722517255<br>REG. 1005-2019-208266 |               |            |             |

|   |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
|---|--|---|--------------|---|-----------------------|--|---------------------|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | SALAZAR SALINAS   |              | GABRIELA FERNANDA   |                       | b. H. CL.:   |                     | 315.768    |  |
| c. SERVICIO:  |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA  |              |   |                       | d. FECHA:  |                     | 11/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN  |  | AM  |              | PM  |                       | HS   |                     |            |  |
|   |  | JUSTIFICACIÓN   |              | CANTIDAD  | JUSTIFICACIÓN         | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN       |            |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS)                       |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO)                         |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| ELECTRODOS  |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| 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 VENOCLISIS. 220CM (+/-10CM)                         |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| EQUIPO INFUSION ENTERAL BOMBA CASETE                          |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| EQUIPO MICROGOTERO GENERAL                                    |  | 1   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| FUNDA DE NUTRICION PARENTERAL                                 |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| FUNDA PARA ALIMENTACION ENTERAL SIN BOMBA                     |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| GASA DE EMULSION DE PETROLATO 10cmX20cm                       |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 6,5                                     |  |   |              | 1   | Perf. de 20/10        |  |                     |            |  |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7                                       |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7,5                                     |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| HOJA DE BISTURÍ # ____  |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| INCENTIVADOR RESPIRATORIO                                     |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2                                     |  |   |              | 1   | CRISTAL SIN AGUJA     |  |                     |            |  |
| JERINGA 1ML, 10 - 100 U, 25G, 5/8                             |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| JERINGA 1ML, 10 - 100 U, 29G, 1/2                             |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| JERINGA 20 ML, CON AGUJA                                      |  |   |              | 1   | CRISTAL Electro litro | 1  | Electrolitos        |            |  |
| JERINGA 3 ML, 22 G, 1 1/4                                     |  | 1   | Dexametasona | 1   | Dexametasona          |  |                     |            |  |
| JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2                                     |  | 1   | Ondasetron   | 1   | Ondasetron            | 2  | Diluy Acetazalamida |            |  |
| 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 ____"/____"/____"/                             |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| USAR 3 vías   |  |   |              | 1   | CRISTAL 50/2          |  |                     |            |  |
|   |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
|   |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
|   |  |   |              |   |                       |  |                     |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                                   |  | J. Ramos  |              | J. Ramos  |                       | Leda. Silvia Gordon<br>ENFERMERA<br>C.I: 1722517255<br>REG. 1005-2019-2082667<br>S. Gordon |                     |            |  |
|   |  | BOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda. Josselyn Ramos<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>C.I.: 172254913 |              | BOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda. Jesenia Figueroa G<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>MSP: Libro " " Folio 176 N° 500 |                       |  |                     |            |  |



## REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

|  |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
|--|--|---|--|---|---|----------------------|----------|-----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |  | SALAZAR SALINAS                           |  | GABRIELA FERNANDA                         |   | b. H. CL.            |          | 315.768   |  |
| c. SERVICIO:   |  | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA                      |  |   |   | d. FECHA:            |          | 10/8/2023 |  |
| 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) _____<br>CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL _____ |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| COCHILLA PARA RASURADORA QUIRURGICA  |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| FRASCO PARA MUESTRAS ( BIOPSIA )   |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO)   | 1  | Enjuague Bucal                            |  |   |   |                      |          |           |  |
| GASA DE ALGODON, 10CM X 10 CM ESTERIL (UNIDAD)                                   |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| GORRO DE ENFERMERA   |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| GUANTE DE CIRUJANO (CON FILTRO)  |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| GUANTES DE EXAMINACION, TALLA <u>H</u> NITRILO                                   | 3  | Manejo de paciente<br>Control de Diuresis | 4  | Manejo de paciente<br>Control de Diuresis | 3+3   | Eliminación diuresis |          |           |  |
| HUMIDIFICADOR  |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR                           | 2  | Protección de Covid                       | 2  | Protección de Covid                       |   |                      |          |           |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)   |  |   |  |   |   |                      |          |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE  | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Josefina Miranda<br>ENFERMERA<br>C.I.: 020223606 |   | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Josefina Miranda<br>ENFERMERA<br>C.I.: 020223606 |   | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Anthony Argoti<br>ENFERMERO<br>C.I.: 0401243795 |                      |          |           |  |
|  | [Firma]  |   | [Firma]  |   | [Firma]   |                      | HOJA 1/2 |           |  |

| <b>a. NOMBRE DE PACIENTE:</b>                         |   | SALAZAR SALINAS      |   | GABRIELA FERNANDA  |  | <b>b. H. CL.</b>  |          | 315768    |  |
|---|---|----------------------|---|--------------------|--|-------------------|----------|-----------|--|
| <b>c. SERVICIO:</b>                                   |   | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |   |                    |  | <b>d. FECHA:</b>  |          | 10/8/2023 |  |
| <b>e. DESCRIPCION</b>                                 | <b>AM</b>   |                      | <b>PM</b>   |                    | <b>HS</b>  |                   |          |           |  |
|   | CANTIDAD  | JUSTIFICACION        | CANTIDAD  | JUSTIFICACION      | CANTIDAD   | JUSTIFICACION     |          |           |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                           |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                  |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| GUANTES DE NITRILLO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| MASCARILLA N95  |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                       |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                               |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)         |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                        |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                           |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                      | 1   | Control de pH c/m.   | 3   | Control de pH c/m. | 3+3  | Control de pH c/m |          |           |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                        |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)                |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
|   |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
|   |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
|   |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
|   |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
|   |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
|   |   |                      |   |                    |  |                   |          |           |  |
| <b>FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE</b>                    | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Joseline Miranda<br>ENFERMERA<br><i>[Firma]</i> |                      | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Joseline Miranda<br>ENFERMERA<br><i>[Firma]</i> |                    | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Anthony Argoti<br>ENFERMERO<br>C.I: 0401243795<br><i>[Firma]</i> |                   | HOJA 2/2 |           |  |





SOLCA  
NÚCLEO DE QUITO

# REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, FÁRMACOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS Nº 1

PACIENTE: SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA H.C. 315.768

c. SERVICIO: PEDIATRIA ONCOLOGICA d. FECHA: 10/08/2023

## e. DESCRIPCIÓN

### AM

### PM

### HS

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

APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM

APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)

EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCLISIS

1

Control  
por  
por

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

JERINGA \_\_\_cc/\_\_\_cc/\_\_\_cc

HEPARINIZACIÓN CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE

GUANTES QUIRÚRGICOS # \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML

HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML

JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2

COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA

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

APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)

HGT

TIRAS REACTIVAS GLUCOSA ( UNIDAD )

LANCETAS(ULTRA FINA)

1 / Control  
1 / Control

CURACIÓN DE HERIDA

GUANTES QUIRÚRGICOS # \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %

FIRMA ENFERMERA  
RESPONSABLE

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Josefina Miranda  
ENFERMERA  
C.I. 70202323606  
J. Miranda

|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|-----------------------------|--|----------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|-----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:      |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | 315768    |  |
| c. SERVICIO:                |  | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |               |                   |               | d. FECHA:  |               | 10/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN              |  | AM                   |               | PM                |               | HS         |               |           |  |
|                             |  | CANTIDAD             | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN |           |  |
| PREPARACIÓN BOMBA MORFINA   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2                                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 50 ML  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | MORFINAS AMP ____mg / ____mg                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM )   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN SONDA FOLEY      | SONDA FOLEY 2 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SONDA FOLEY 3 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | BOLSA COLECTORA ORINA (ADULTO)                                   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | BOLSA COLECTORA ESPECIAL PARA ORINA                              |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA CENTRAL   | CATÉTER VENOSO CENTRAL, 7FR, 3 LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                   |               | CC                |               | CC         |               |           |  |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | LLAVE DE TRES VÍAS   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS                           |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| COLOCACIÓN TUBO TORÁCICO    | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | HOJA DE BISTURÍ # ____   |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SONDA PARA TÓRAX # ____  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO, TRES CÁMARAS                        |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
|                             | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              |                      |               | CC                |               | CC         |               |           |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE |  |                      |               |                   |               |            |               |           |  |

|   |  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|---|--|--|---------------|-------------------|---------------|--|---------------|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | SALAZAR SALINAS  |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.:   |               | 315.768    |  |
| c. SERVICIO:  |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA   |               |                   |               | d. FECHA:  |               | 10/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN  |  | AM   |               | PM                |               | HS   |               |            |  |
|   |  | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN |            |  |
| ASPIRACION DE SECRECIONES                                       | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____   |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | CÁNULA DE SUCCIÓN # ____   |  |               |                   |               |  |               |            |  |
| SOLUCIONES INTRAVENOSAS PARA OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 1000 ML                                |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 500 ML                                 | 1  | Medicación    |                   |               | 1  | Medi Medicaa  |            |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 250 ML                                 |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                                 | 1  | Enjuagues     |                   |               |  |               |            |  |
|   | 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  | AGUJA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM)                                       |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | AGUA INYECTABLE 10 ML  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | AGUJA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2.68 IN                                 |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | AGUJA ESPINAL #  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | APÓSITO 10 X 12  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | APÓSITO HIDROCOLIODE 15 CM X 15 CM   |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | ATOMIZADOR 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)                          |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO # ____        |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | COMPRESA QUIRURGICA 45cm X 45cm  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
|   | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO #  |  |               |                   |               |  |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                                     |  | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Joseline Miranda<br>ENFERMERA<br>C.I. 02323709 |               |                   |               | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Anthony Argoti<br>ENFERMERO<br>C.I. 0401243795 |               | HOJA 3/4   |  |

|  |  |   |          |  |          |  |          |               |  |
|--|--|---|----------|--|----------|--|----------|---------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |  | SALAZAR SALINAS   |          | GABRIELA FERNANDA  |          | b. H. CL.:   |          | 315.768       |  |
| c. SERVICIO:   |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA  |          |  |          | d. FECHA:  |          | 10/08/2023    |  |
| e. DESCRIPCIÓN   |  | AM  |          | PM   |          | HS   |          |               |  |
|  |  | JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN  | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN  | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS )                       |  |   |          |  |          |  |          |               |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO )                         |  |   |          |  |          |  |          |               |  |
| ELECTRODOS   |  |   |          |  |          |  |          |               |  |
| 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   |          |  |          |  |          |               |  |
| 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                                      |  |   |          |  |          |  |          |               |  |
| 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 NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Josefina Miranda<br><i>J. Miranda</i> |          | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Josefina Miranda<br>C.I. 00325606<br><i>J. Miranda</i> |          | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Anthony Argoti<br>ENFERMERO<br>C.I. 0401243795<br><i>A. Argoti</i> |          | HOJA 4/4      |  |



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

|  |  |                                   |          |               |                        |
|--|--|-----------------------------------|----------|---------------|------------------------|
| a. NOMBRE DEL PACIENTE:                                      |  | SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA |          | b. 315768     |                        |
| c. CENTRAL DE MEZCLAS  |  | d. FECHA: 10/8/2023               |          |               |                        |
| e. DESCRIPCIÓN   | AM   |                                   | PM       |               | HS                     |
|  | CANTIDAD   |                                   | CANTIDAD | JUSTIFICACION | CANTIDAD JUSTIFICACION |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLÁSTICO                        | 1  |                                   |          |               |                        |
| CARBOHIDRATO (DEXTRÓSA EN AGUA LÍQUIDO PARENTERAL 5% 1000ML) |  |                                   |          |               |                        |
| AGUA PARA INYECCIÓN LÍQUIDO PARENTERAL 10 ML                 |  |                                   |          |               |                        |
| CARBOHIDRATO (DEXTRÓSA EN AGUA LÍQUIDO PARENTERAL 5% 250ML)  |  |                                   |          |               |                        |
| CARBOHIDRATO (DEXTRÓSA EN AGUA LÍQUIDO PARENTERAL 5% 500ML)  |  |                                   |          |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 1000ML              |  |                                   |          |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 100ML               |  |                                   |          |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 250ML               |  |                                   |          |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LÍQUIDO PARENTERAL 0,9% 500ML               | 1  |                                   |          |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN   |  |                                   |          |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN AMBAR                                     | 1  |                                   |          |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE, 200CM (+/- 10CM) |  |                                   |          |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM                         |  |                                   |          |               |                        |
| EQUIPO DE VENOCISIS 220CM (+/- 10CM)                         |  |                                   |          |               |                        |
| FILTRO PARA QUIMIOTERAPIA                                    | 1  |                                   |          |               |                        |
| GASA DE ALGODÓN, 10CM X 10CM ESTÉRIL                         | 2  |                                   |          |               |                        |
| GORRO DE ENFERMERA   | 1  |                                   |          |               |                        |
| GUANTES DE NITRILLO TALLA MEDIANA (12 PULGADAS LARGO)        | 1  |                                   |          |               |                        |
| GUANTES DE NITRILLO TALLA PEQUEÑA (12 PULGADAS LARGO)        |  |                                   |          |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 6,5                                    |  |                                   |          |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7                                      |  |                                   |          |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7,5                                    |  |                                   |          |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 8                                      |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA 10ML, 22G, 1 1/2"                                |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA 1ML, 10 - 100U, 29G, 1/2"                        |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA 1ML, 10-100U, 25/26G, 5/8"                       |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA 3ML, 22G, 1 1/4"                                 |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA 5ML, 21G, 1 1/2"                                 |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA DE 20ML CON AGUJA                                |  |                                   |          |               |                        |
| JERINGUILLA DE 50ML  | 1  |                                   |          |               |                        |
| LLAVE DE 3 VÍAS  |  |                                   |          |               |                        |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 10ML/H            |  |                                   |          |               |                        |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 2ML/H             |  |                                   |          |               |                        |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 5ML/H             |  |                                   |          |               |                        |
| FIRMA DE ENFERMERA RESPONSABLE                               | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda Ximara Pachacela<br>ENFERMERA<br>REG. 1009-2018-2009920<br>K Pachacela |                                   | HOJA 1/1 |               |                        |

Extension para medicamentos oncologicos 30-40cm/11-10cm fotuente = 1  
bata desechable hacia area enferia = 1

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Leda Ximara Pachacela  
ENFERMERA  
REG. 1009-2018-2009920  
K Pachacela



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

|  |  |  |           |               |                        |
|--|--|--|-----------|---------------|------------------------|
| a. NOMBRE DEL PACIENTE:                                      | SALAZAR SALINAS GABRIELA   |  | b.        | 315768        |                        |
| c.   | CENTRAL DE MEZCLAS   |  | d. FECHA: | 10/8/2023     |                        |
| e. DESCRIPCIÓN   | AM   |  | PM        |               | HS                     |
|  | CANTIDAD   |  | CANTIDAD  | JUSTIFICACION | CANTIDAD JUSTIFICACION |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLÁSTICO                        |  |  |           |               |                        |
| CARBOHIDRATO (DEXTROSA EN AGUA LIQUIDO PARENTERAL 5% 1000ML) |  |  |           |               |                        |
| AGUA PARA INYECCION LIQUIDO PARENTERAL 10 ML                 |  |  |           |               |                        |
| CARBOHIDRATO (DEXTROSA EN AGUA LIQUIDO PARENTERAL 5% 250ML)  |  |  |           |               |                        |
| CARBOHIDRATO (DEXTROSA EN AGUA LIQUIDO PARENTERAL 5% 500ML)  |  |  |           |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9% 1000ML              |  |  |           |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9% 100ML               | 1  |  |           |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9% 250ML               |  |  |           |               |                        |
| CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9% 500ML               |  |  |           |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN   |  |  |           |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN AMBAR                                     |  |  |           |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSION PARA BOMBA FOTSENSIBLE, 200CM (+/- 10CM)  |  |  |           |               |                        |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM                         |  |  |           |               |                        |
| EQUIPO DE VENOCISIS 220CM (+/- 10CM)                         |  |  |           |               |                        |
| FILTRO PARA QUIMIOTERAPIA                                    |  |  |           |               |                        |
| GASA DE ALGODÓN, 10CM X 10CM ESTÉRIL                         | 6  |  |           |               |                        |
| GORRO DE ENFERMERA   | 1  |  |           |               |                        |
| GUANTES DE NITRILLO TALLA MEDIANA (12 PULGADAS LARGO)        |  |  |           |               |                        |
| GUANTES DE NITRILLO TALLA PEQUEÑA (12 PULGADAS LARGO)        |  |  |           |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 6,5                                    |  |  |           |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7                                      | 2  |  |           |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 7,5                                    |  |  |           |               |                        |
| GUANTES QUIRÚRGICOS # 8                                      |  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA 10ML, 22G, 1 1/2"                                | 1  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA 1ML, 10 - 100U, 29G, 1/2                         | 3  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA 1ML, 10-100U, 25/26G, 5/8"                       |  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA 3ML, 22G, 1 1/4                                  | 1  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA 5ML, 21G, 1 1/2                                  |  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA DE 20ML CON AGUJA                                |  |  |           |               |                        |
| JERINGUILLA DE 50ML  |  |  |           |               |                        |
| LLAVE DE 3 VÍAS  |  |  |           |               |                        |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 10ML/H            |  |  |           |               |                        |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 2ML/H             |  |  |           |               |                        |
| SISTEMA DE BOMBA DE INFUSIÓN ELASTOMÉRICA, 5ML/H             |  |  |           |               |                        |
| FIRMA DE ENFERMERA RESPONSABLE                               | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Leda Karina Puchacela<br>ENFERMERA<br>REG. 1008-2018-2009920<br>K Puchacela |  |           |               |                        |

HOJA 1/1

Bota desechable para area estéril: 1

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Leda Karina Puchacela  
ENFERMERA  
REG. 1008-2018-2009920  
K Puchacela



## REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |          | SALAZAR SALINAS      |   | GABRIELA FERNANDA |   | b. H. CL.     |                      | 315.768  |  |
|--|----------|----------------------|---|-------------------|---|---------------|----------------------|----------|--|
| c. SERVICIO:   |          | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |   |                   |   | d. FECHA:     |                      | 9/8/2023 |  |
| 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)____<br>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   |          |                      |   |                   |   |               |                      |          |  |
| DE CIRUJANO (CON FILTRO)   |          |                      |   |                   |   |               |                      |          |  |
| GUANTES DE EXAMINACION, TALLA <u>M</u> , NITRILO                             |          |                      |   | Manejo Pde        | 3   | 3             | eliminación diuresis |          |  |
| HUMIDIFICADOR  |          |                      |   |                   |   |               |                      |          |  |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR                       |          |                      |   | Protección Covid  |   |               |                      |          |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)   |          |                      |   |                   |   |               |                      |          |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE  |          |                      | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Anthony Argoti<br>ENFERMERO<br>C.I: 0401243795<br><i>Anthony Argoti</i> |                   | SOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Viviana Borja P.<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>MSP. Libro 18 Folio 127 N° 329<br><i>Viviana Borja</i> |               | HOJA 1/2             |          |  |

|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|--|----------|----------------------|----------|-------------------|----------|---------------|--|----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |          | SALAZAR SALINAS      |          | GABRIELA FERNANDA |          | b. H. CL.     |  | 315768   |  |
| c. SERVICIO:   |          | ONCOLOGÍA PEDIATRÍCA |          |                   |          | d. FECH/      |  | 9/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCION                                       | AM       |                      | PM       |                   | HS       |               |  |          |  |
|  | CANTIDAD | JUSTIFICACION        | CANTIDAD | JUSTIFICACION     | CANTIDAD | JUSTIFICACION |  |          |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                          |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                 |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| GUANTES DE NITRILO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| MASCARILLA N95                                       |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                      |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                              |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)        |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                       |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                          |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                     |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                       |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)               |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
|  |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |          |                      |          |                   |          |               |  |          |  |



| PACIENTE:  |   | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA  |               | H.C.      |               | 315.768    |  |
|--|---|----------------------|---------------|--|---------------|-----------|---------------|------------|--|
| c. SERVICIO:   |   | PEDIATRIA ONCOLOGICA |               |  |               | d. FECHA: |               | 09/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN                                       |   | AM                   |               | PM   |               | HS        |               |            |  |
|  |   | CANTIDAD             | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD  | JUSTIFICACIÓN |            |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA                         | CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO No. 22 / / |                      |               | 2  | Control via   |           |               |            |  |
|  | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO # 24  |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | LLAVE DE TRES VÍAS  |                      |               | 1  | Medicare      |           |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM                                    |                      |               | 1  | Tiger cotton  |           |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                          |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCCLISIS                             |                      |               | 1  | Medicare      |           |               |            |  |
| 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  |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | JERINGA cc/ cc/ cc  |                      |               |  |               |           |               |            |  |
| HEPARINIZACIÓN CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE | GUANTES QUIRÚRGICOS # / /   |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                              |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML 5ML                |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2   |                      |               |  |               |           |               |            |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA                         | 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                                    |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)                          |                      |               |  |               |           |               |            |  |
| HGT  | TIRAS REACTIVAS GLUCOSA ( UNIDAD )  |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | LANCETAS(ULTRA FINA)  |                      |               |  |               |           |               |            |  |
| CURACIÓN DE HERIDA                                   | GUANTES QUIRÚRGICOS # / /   |                      |               |  |               |           |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %                                     |                      |               |  |               |           |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |   |                      |               | SOLCA NUCLEO DE QUITO<br>Lic. Anthony Argotti<br>ENFERMERO<br>C.I: 0401243795<br><i>Amex</i> |               |           |               |            |  |

|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|-----------------------------|--|----------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|----------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:      |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.: |               | 315768   |  |
| c. SERVICIO:                |  | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA |               |                   |               | d. FECHA:  |               | 9/8/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN              |  | AM                   |               | PM                |               | HS         |               |          |  |
|                             |  | CANTIDAD             | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD          | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN |          |  |
| PREPARACIÓN BOMBA MORFINA   | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2                                    |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | JERINGA 50 ML  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | MORFINAS AMP ____mg / ____mg                                     |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR   |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM )   |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
| COLOCACIÓN Sonda FOLEY      | SONDA FOLEY 2 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | SONDA FOLEY 3 VÍAS # ____  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | BOLSA COLECTORA ORINA (ADULTO)                                   |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | BOLSA COLECTORA ESPECIAL PARA ORINA                              |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
| COLOCACIÓN DE VÍA CENTRAL   | CATÉTER VENOSO CENTRAL, 7FR, 3 LUMEN CON CUBIERTA ANTIMICROBIANA |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              | CC                   |               | CC                |               | CC         |               |          |  |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | LLAVE DE TRES VÍAS   |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML                 |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | APÓSITO DE CLORHEXIDINA 8.5 X 11.5 CMS                           |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | JERINGA ____cc/____cc/____cc                                     |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
| COLOCACIÓN TUBO TORÁCICO    | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____                             |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | HOJA DE BISTURÍ # ____   |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | SONDA PARA TÓRAX # ____  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO, TRES CÁMARAS                        |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | SUTURA DE SEDA TRENZADA NO. 2/0, 24 MM, 75 CM                    |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | JERINGA 10 ML, 22G, 1 1/2  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
|                             | LIDOCAÍNA (SIN EPINEFRINA) LIQUIDO PARENTERAL * 2 %              |                      |               | CC                |               | CC         |               |          |  |
|                             |  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE |  |                      |               |                   |               |            |               |          |  |

| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | SALAZAR SALINAS      |               | GABRIELA FERNANDA |               | b. H. CL.:  |               | 315.768    |  |
|---|--|----------------------|---------------|-------------------|---------------|---|---------------|------------|--|
| c. SERVICIO:  |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA |               |                   |               | d. FECHA:   |               | 09/08/2023 |  |
| 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                                |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | 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                     |                      |               |                   |               |   | ✓<br>Nido de  |            |  |
|   | 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 |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
| OTROS DISPOSITIVOS  | CARBOHIDRATOS (DEXTROSA EN AGUA) LIQUIDO PARENTERAL 50 % 500 ML                  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | AGUJA DE BIOPSIA ÓSEA 11 GA X 4 IN (10 CM)                                       |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | AGUA INYECTABLE 10 ML  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | AGUJA DE ASPIRADO DE MEDULA ÓSEA 16 GA X 2.68 IN                                 |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | AGUJA DESCARTABLE # 18 X1 1/2  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | AGUJA ESPINAL #  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | APÓSITO 10 X 12  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | APÓSITO HIDROCOLIODE 15 CM X 15 CM   |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | ATOMIZADOR 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)                          |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | CATÉTER INTRAVENOSO CON ALETAS, VÁLVULA CONTROL DE FLUJO SANGUÍNEO # ____        |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
|   | COMPRESA QUIRURGICA 45cm X 45cm  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
| CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO #                                     |  |                      |               |                   |               |   |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                                     |  |                      |               |                   |               | UCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Viviana Borja P.<br>ENFERMERA CUIDADO DIRECTO<br>MSP: Libro 18 Folio 127 N° 320<br><i>V Borja</i> |               |            |  |

|  |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |
|--|--|----------------------|----------|-------------------|----------|---------------|--|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:   |  | SALAZAR SALINAS      |          | GABRIELA FERNANDA |          | b. H. CL.:    |  | 315.768    |  |
| c. SERVICIO:   |  | PEDIATRIA ONCOLOGICA |          |                   |          | d. FECHA:     |  | 09/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN   |  | AM                   |          | PM                |          | HS            |  |            |  |
|  |  | JUSTIFICACIÓN        | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN     | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN |  |            |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS )                       |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO )                         |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |
| ELECTRODOS   |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |
| 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                                     |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |
| 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                                      |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |
| 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                                    |  |                      |          |                   |          |               |  |            |  |



# REGISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y SOLUCIONES PARENTERALES N° 2

|  |   |                  |          |                             |          |               |
|--|---|------------------|----------|-----------------------------|----------|---------------|
| a. NOMBRE DE PACIENTE: <b>SALAZAR SALINAS GABRIELA FERNANDA</b>      |   |                  |          | b. H. CL. <b>315.768</b>    |          |               |
| c. SERVICIO: <b>ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA</b>                             |   |                  |          | d. FECHA: <b>05/08/2023</b> |          |               |
| 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)<br>CANULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL |   |                  |          |                             |          |               |
| CUCHILLA PARA RASURADORA QUIRURGICA                                  |   |                  |          |                             |          |               |
| FRASCO PARA MUESTRAS (BIOPSIA)                                       |   |                  |          |                             |          |               |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO)                                   |   |                  |          |                             |          |               |
| GASA DE ALGODON, 10CM X 10CM ESTERIL (UNIDAD)                        |   |                  |          |                             |          |               |
| GORRO DE ENFERMERA (VENTURY)   |   |                  |          |                             |          |               |
| GLOVE DE CIRUJANO (CON FILTRO)                                       |   |                  |          |                             |          |               |
| GUANTES DE EXAMINACION, TALLA M NITRIL                               | 4/  | Manejo Pate      |          |                             |          |               |
| HUMIDIFICADOR  |   |                  |          |                             |          |               |
| MASCARILLA QUIRURGICA TIRAS O ELASTICO TAMAÑO ESTANDAR               | 2/  | protección Covid |          |                             |          |               |
| MASCARILLA VENTIMAX (VENTURY)  |   |                  |          |                             |          |               |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE  | Jacqueline Gallegos R.<br>Lcda. En Enfermeria<br>Reg. Senescyt. 1016-2020-2180409<br>J. Gallegos /enf |                  |          |                             |          |               |

|  |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
|--|-------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|--|------------|--|
| <b>a. NOMBRE DE PACIENTE:</b>                        |                         | SALAZAR SALINAS              |                         | GABRIELA FERNANDA            |                         | <b>b. H. CL.</b>             |  | 315768     |  |
| <b>c. SERVICIO:</b>                                  |                         | ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA         |                         |                              |                         | <b>d. FECHA:</b>             |  | 05/08/2023 |  |
| <b>e. DESCRIPCION</b>                                | <b>AM</b>               |                              | <b>PM</b>               |                              | <b>HS</b>               |                              |  |            |  |
|  | <small>CANTIDAD</small> | <small>JUSTIFICACION</small> | <small>CANTIDAD</small> | <small>JUSTIFICACION</small> | <small>CANTIDAD</small> | <small>JUSTIFICACION</small> |  |            |  |
| BATA MANGA LARGA (MULTIUSO)                          |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| BOTA DESECHABLE PARA AREAS ESTERILES                 |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| GUANTES DE NITRILO TALLA _____<br>(12PULGADAS LARGO) |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| MASCARILLA N95                                       |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| MICRONEBULIZADOR CON MASCARILLA                      |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| ORINAL FEMENINO (BIDET)                              |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| SABANA DESCARTABLE 160 X 220 CMS (COLOR AZUL)        |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| SEMILUNA DESECHABLE CON MEDIDA                       |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| SONDA NELATON DESC. # _____                          |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| TIRAS REACTIVAS ORINA ( UNIDAD )                     |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| TRAJE DESECHABLE DE PROTECCION                       |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| URINALES DESCARTABLE CON MEDIDA (PATO)               |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
|  |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
|  |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
|  |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
|  |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
|  |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |
| <b>FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE</b>                   |                         |                              |                         |                              |                         |                              |  |            |  |