

|  |  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|--|--|----------------|--|--------------------|--|---|---------------|---|---------------|---|---------------|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:                               |  | VITERI VINUEZA |  | JOSEFINA ESPERANZA |  | HCL   |               | 310327  |               |   |               |            |  |
| c. SERVICIO:   |  |                |  |                    |  | YODOTERAPIA   |               |   |               | d. FECHA:   |               | 07/08/2023 |  |
| 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. <u>33</u> / <u>  </u> / <u>  </u> |                |  |                    |  | 1   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO # 24   |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | LLAVE DE TRES VÍAS   |                |  |                    |  | 1   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. ADULTO 8,5 X 7CM   |                |  |                    |  | 1   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | APÓSITO TRANSPARENTE I.V. PEDIÁTRICO 5X5.7CM (SOBRE)   |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | EXTENSIÓN DE LLAVES DE TRES VÍAS PARA VENOCUSIS  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
| 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 # <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | LLAVE DE 3 VÍAS CON EXTENSIÓN  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | LLAVE DE TRES VÍAS   |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | JERINGA <u>  </u> cc / <u>  </u> cc / <u>  </u> cc   |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
| HEPARINIZACIÓN CATÉTER IMPLANTABLE O SEMIIMPLANTABLE | GUANTES QUIRÚRGICOS # <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % 100 ML   |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | HEPARINA ( NO FRACCIONADA ) LIQUIDO PARENTERAL 5 000 UI/ML SML   |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | 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             | Glucosa   |               |            |  |
| CURACIÓN DE HERIDA                                   | GUANTES QUIRÚRGICOS # <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 % <u>  </u>  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
|  |  |                |  |                    |  |   |               |   |               |   |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                          |  |                |  |                    |  | UMoreno IEnL<br>BOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Verónica Moreno P.N.<br>INF. NÚCLEO DE QUITO<br>M.P. 1.100.27 Folio 47 N° 139 |               | M. Yangari<br>BOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. Miguel Yangari T.<br>ENFERMERO<br>C.I. 1722220327 |               | M. Cristóbal Pineda<br>BOLCA NÚCLEO DE QUITO<br>Lic. M. Cristóbal Pineda<br>2.000 10 Folio 115 No 348 |               |            |  |

| a. NOMBRE DE PACIENTE:                              |  | VITERI VINUEZA   |               | JOSEFINA ESPERANZA |               | b. H. CL.: |               | 310327 |  |            |  |
|---|--|--|---------------|--------------------|---------------|------------|---------------|--------|--|------------|--|
| c. SERVICIO:  |  |  |               | YODOTERAPIA        |               | d. FECHA:  |               |        |  | 07/08/2023 |  |
| 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:   |  | VITERI VINUEZA   |                   | JOSEFINA ESPERANZA |               | b. H. CL: |               | 310327     |  |  |
| c. SERVICIO:   |  | YODOTERAPIA  |                   |                    |               | d. FECHA: |               | 07/08/2023 |  |  |
| 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                                 | 1  | Diluir medicación |                    |               |           |               |            |  |  |
|  | 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 X 1 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 IDENTIFICACIÓN PACIENTE (1 PULGX 11 PULG)            | 1  |  |                   |                    |               |           |               |            |  |  |
| 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  |  | V. Moreno IEnl<br>BOLSA NÚCLEO DE QUIRÚRGICO<br>Lic. Verónica Moreno Ch.<br>ENF. - NERA LICENCIADO D. - AUTO<br>MESA - L. 24 Feb 47 N. 139 |                   |                    |               |           |               |            |  |  |

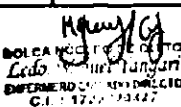
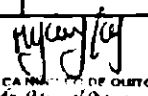
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | VITERI VINUEZA JOSEFINA ESPERANZA  |          | b. H. CL:   |          | 310327   |          |            |  |
|---|--|--|----------|---|----------|--|----------|------------|--|
| c. SERVICIO:  |  |  |          | YODOTERAPIA   |          | d. FECHA:  |          | 07/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN  |  | AM   |          | PM  |          | HS   |          |            |  |
|   |  | JUSTIFICACIÓN  | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN   | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN  | CANTIDAD |            |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS )                      |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO )                        |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| ELECTRODOS  |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| EQUIPO DE INFUSIÓN  |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR                                      |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM                          |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM ) |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| EQUIPO DE VENOCUSIS. 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                             |  |  |          | 1   | Insulina | 1  | Insulina |            |  |
| JERINGA 20 ML, CON AGUJA                                      |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| JERINGA 3 ML, 22 G, 1 1/4                                     |  |  |          |   |          |  |          |            |  |
| JERINGA 5 ML, 21 G, 1 1/2                                     |  | 1  | Insulina |   |          |  |          |            |  |
| 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                                   |  | UN Moreno 154<br>BOLCA NUCLEO DE ELITE<br>Lic. Veronica Moreno CA.<br>ENT. NERA LUGAR 0- LUTO<br>1000-1000 25 Foto 47 N° 139 |          | BOLCA NUCLEO DE ELITE<br>Ludo. A. al Panqui<br>DIFUSOR CORDADO DIRECTO<br>C.I. 1722220327 |          | BOLCA NUCLEO DE ELITE<br>Lic. Ma. Cristina Prieto<br>1000-1000 25 Foto 47 N° 139 |          |            |  |

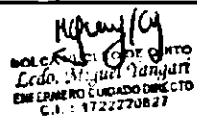


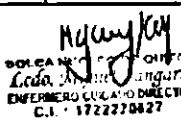
**HOJA 1/2**



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

|   |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
|---|--|--|----------------|---|---------------|-----------|---------------|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | VITERI VINUEZA   |                | JOSEFINA ESPERANZA  |               | HCL:      |               | 310327     |  |
| c. SERVICIO:  |  | YODOTERAPIA  |                |   |               | d. FECHA: |               | 08/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN  |  | AM   |                | PM  |               | HS        |               |            |  |
|   |  | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN  | CANTIDAD  | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD  | JUSTIFICACIÓN |            |  |
| AGUA PARA INYECCIÓN LIQUIDO PARENTERAL 250 ML                             |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| AGUA PARA INYECCIÓN LIQUIDO PARENTERAL 3000 ML                            |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLÁSTICO                                     |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| CÁNULA NASAL DE OXIGENO (ADULTO)____ CÁNULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL____ |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| CUCHILLA PARA RASURADORA QUIRÚRGICA                                       |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| FRASCO PARA MUESTRAS ( BIOPSIA )  |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO)  |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| GASA DE ALGODÓN, 10CM X 10 CM ESTÉRIL (UNIDAD)                            |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| GORRO DE ENFERMERA  |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| GORRO DE CIRUJANO (CON FILTRO)  |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| GUANTES DE EXAMINACIÓN, TALLA <u>S</u> NITRILO                            |  |  |                | 1   | Aseopunto     |           |               |            |  |
| HUMIDIFICADOR   |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| MASCARILLA QUIRÚRGICA TIRAS O ELÁSTICO TAMAÑO ESTÁNDAR                    |  | 1  | Producto usado |   |               |           |               |            |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)  |  |  |                |   |               |           |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE   |  | <br>BOLCA NUESTRO DE QUITO<br>Leda Miguel Tangari<br>ENFERMERA CUBANA N° 310327 |                | <br>BOLCA NUESTRO DE QUITO<br>Leda Miguel Tangari<br>ENFERMERA CUBANA N° 310327 |               |           |               |            |  |

| a. NOMBRE DE PACIENTE:                           |   | VITERI VINUEZA JOSEFINA ESPERANZA |               | HCL 310327  |               |   |               |
|--|---|-----------------------------------|---------------|---|---------------|---|---------------|
| c. SERVICIO:                                     |   | YODOTERAPIA                       |               | d. FECHA: 08/08/2023  |               |   |               |
| 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  |                                   |               |   |               |   |               |
| REPARACIÓN 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   |               |
|  | LANCETAS(ULTRA FINA)  |                                   |               | 1   |               | 1   |               |
| CURACIÓN DE HERIDA                               | GUANTES QUIRÚRGICOS # ____/____/____  |                                   |               |   |               |   |               |
|  | CLORURO DE SODIO LIQUIDO PARENTERAL 0,9 %   |                                   |               |   |               |   |               |
|  |   |                                   |               |   |               |   |               |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE                      |   |                                   |               | <br>BOLSA INTRAVENOSA ADULTO<br>Lado: Miguel Vinjari<br>ENFERMERO UNIDAD DIRECTO<br>C.I. : 1722770827 |               | THovalent<br>BOLSA INTRAVENOSA ADULTO<br>Lado: Freddy Morales O.<br>ENFERMERO<br>MSP: Libro 24 Folio 27 N° 41<br>HOJA 1/4 |               |

| a. NOMBRE DE PACIENTE: VITERI VINUEZA JOSEFINA ESPERANZA      |               | b. H. CL.: 310327   |               |          |               |          |
|---|---------------|---|---------------|----------|---------------|----------|
| c. SERVICIO: YODOTERAPIA                                      |               | d. FECHA: 08/08/2023  |               |          |               |          |
| e. DESCRIPCIÓN  | AM            |   | PM            |          | HS            |          |
|   | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD  | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (HEMBRAS)                       |               |   |               |          |               |          |
| CONECTOR PARA VÍA INTRAVENOSA (MACHO)                         |               |   |               |          |               |          |
| ELECTRODOS  |               |   |               |          |               |          |
| EQUIPO DE INFUSIÓN  |               |   |               |          |               |          |
| EQUIPO DE INFUSIÓN ÁMBAR                                      |               |   |               |          |               |          |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA 264 CM                          |               |   |               |          |               |          |
| EQUIPO DE INFUSIÓN PARA BOMBA FOTOSENSIBLE 200 CM (+/- 10 CM) |               |   |               |          |               |          |
| EQUIPO DE VENOCUSIS. 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                             |               |   | 1             | Insulina | 1             | Insulina |
| 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                                   |               | <br>BOLSA NÚCLEO DE QUITO<br>Lcda. Freddy Morales O.<br>ENFERMERO CUCADO DIRECTO<br>C.I. - 1722770427 |               |          |               |          |

Transf. Enf.  
 BOLSA NÚCLEO DE QUITO  
 Lcda. Freddy Morales O.  
 ENFERMERO  
 MSP. Libro 24 Folio 27 N. HOJA 4/4





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

|   |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
|---|--|--|---------------|--------------------|---------------|-----------|---------------|------------|--|
| a. NOMBRE DE PACIENTE:  |  | VITERI VINUEZA   |               | JOSEFINA ESPERANZA |               | HCL:      |               | 310327     |  |
| c. SERVICIO:  |  | YODOTERAPIA  |               |                    |               | d. FECHA: |               | 09/08/2023 |  |
| e. DESCRIPCIÓN  |  | AM   |               | PM                 |               | HS        |               |            |  |
|   |  | CANTIDAD   | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD           | JUSTIFICACIÓN | CANTIDAD  | JUSTIFICACIÓN |            |  |
| AGUA PARA INYECCIÓN LIQUIDO PARENTERAL 250 ML                             |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| AGUA PARA INYECCIÓN LIQUIDO PARENTERAL 3000 ML                            |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| BATA DESECHABLE CON REFUERZO PLÁSTICO                                     |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| CÁNULA NASAL DE OXIGENO (ADULTO)____ CÁNULA NASAL DE OXIGENO INFANTIL____ |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| CUCHILLA PARA RASURADORA QUIRÚRGICA                                       |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| FRASCO PARA MUESTRAS ( BIOPSIA )  |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| FRASCO PARA MUESTRAS (LABORATORIO)  |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| GASA DE ALGODÓN, 10CM X 10 CM ESTÉRIL (UNIDAD)                            |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| GORRO DE ENFERMERA  |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| GORRO DE CIRUJANO (CON FILTRO)  |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| GUANTES DE EXAMINACIÓN, TALLA <u>H</u> , NITRIL                           |  | 1  | Retiro de vin |                    |               |           |               |            |  |
| HUMIDIFICADOR   |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| MASCARILLA QUIRÚRGICA TIRAS O ELÁSTICO TAMAÑO ESTÁNDAR                    |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| MASCARILLA VENTIMAX ( VENTURY)  |  |  |               |                    |               |           |               |            |  |
| FIRMA ENFERMERA RESPONSABLE   |  | Viteri Vinuesa<br>BOLSA NUCLEO DE QUITO<br>Eje. Verónica Moreno Ch.<br>ENFERMERA LICENCIADA DIRECTO<br>MMP: Libro 26 Folio 47 N° 139 |               |                    |               |           |               |            |  |