**ORDEN DE TRATAMIENTO**

**HOSPITAL DE DIA / INTERNACION**

Nombre y Apellido: ${nombre\_pte} Fecha: ${today}

Historia Clínica: ${hc\_pte}

Domicilio: ${domi\_pte}

Teléfono: ${tel\_pte}

Obra Social: ${os\_pte}

N° Afiliado: ${nro\_afi\_pte}

Diagnóstico: ${dx\_pte}

**TIPO DE TRATAMIENTO**

|  |
| --- |
| ${ahd} |

Ambulatorio Hospital de día: Fecha Tratamiento: ${fecha\_tto}

Fecha 1: ${fecha\_1} Fecha 3: ${fecha\_3}

Fecha 2: ${fecha\_2} Fecha 4: ${fecha\_4}

|  |
| --- |
| ${icm} |

Internación Cuidados Mínimos: Fecha Sugerida: ${fecha\_sda}

|  |
| --- |
| ${med\_signature} |

|  |
| --- |
|  |

-------------------------------------- --------------------------------------Firma del Paciente / Familiar Firma y Sello Médico

SERVICIO DE HEMATOLOGIA

**PROTOCOLO HIERRO SACARATO**

|  |
| --- |
| ${med\_signature} |

|  |
| --- |
|  |

Paciente: ${nombre\_pte}

DNI: ${dni} CAMA: ${habitacion\_pte}

Peso: ${peso\_pte}

Fecha de Inicio: ${fecha\_inicio}

PREMEDICAR CON HIDROCORTISONA 100 MG + BENADRYL 2 ML ev

DILUIR ${cantidad\_hierro} DE HIERRO SACARATO EN 200 ML DE SF A PASAR EN 60 MINUTOS.

1RA INFUSION: ${infu\_1}

2DA INFUSION: ${infu\_2}

3RA INFUSION: ${infu\_3}

**EVALUACIÓN MEDICA DEL HOSPITAL**

Nombre y Apellido: ${nombre\_pte}

Fecha de Nacimiento: ${nac\_pte}

DNI: ${dni}

Obra Social: ${os\_pte}

Afiliado N°: ${nro\_afi\_pte}

Fecha: ${fecha\_tto} ${fecha\_1} ${fecha\_2} ${fecha\_3} ${fecha\_4}

Evaluación médica:

${ev\_pte}

|  |
| --- |
| ${med\_signature} |

**EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA**

Fecha:

|  |
| --- |
|  |

Firma y sello