

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

APELLIDO Y NOMBRE: _____ OBRA SOCIAL: _____ FECHA ____/____/____

HIDRATACION PARENTAL

VIA 1	VIA 2	VIA 3
-------	-------	-------

MEDICACION	HORA																								
TUBULADURA	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
IM/SC																									
ORAL																									
BALANCE																									

MEDICACION ESPECIAL

OXIGENO	CN	MASCARA	AKR	AKM	TUBO EN T	NEBULIZACION
---------	----	---------	-----	-----	-----------	--------------

DIETA

CONTROLES

MONITOREO ECG	PRESION OXIMETRO PULSO	DIURESIS HORARIA	FR	FC	T. AXILAR	T. RECTAL	HEMOGLUCOTEST
---------------	------------------------	------------------	----	----	-----------	-----------	---------------

PROCEDIMIENTOS

LAVADO BUCAL	ASPIRACION	HIGIENE CORPORAL	DECUBITO	ENEMA
--------------	------------	------------------	----------	-------

ARM: _____

OTROS: _____