

NOTA DE ENFERMERIA



FECHA _____

NOMBRES Y APELLIDOS _____ EDAD _____ F.N. _____

DOCUMENTO IDENTIDAD _____ ENTIDAD _____

DIRECCION/TELEFONO _____ DIAGNOSTICO _____

CUIDADOR PRIMARIO SI _____ NO _____ Independiente ☐ Semi - independ. ☐ Dependiente ☐

CONCIENCIA Alerta ☐ Somnolencia ☐ coma ☐

ESTADO DE LA PIEL Integra ☐ Zona de presion ☐ Escara ☐

DRENAJES Biliar ☐ Gastrico ☐ Otro ☐ Cual _____

VENOPUNCION Edema ☐ Rubor ☐ Calor ☐ Dolor ☐

ALIMENTACION Enteral ☐ Parenteral ☐ Oral ☐

DEPOSICION Normal ☐ Disenterico ☐ Estreñido ☐

ORINA Normal ☐ Retencion ☐ Incontinencia ☐ Sonda Vesical ☐

OXIGENO Bipap ☐ Cipap ☐ Concentrador ☐ Bala ☐ Otro ☐ Cual _____

CONTROL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE	PRESENTAC.	CONCENTRACION	POSOLOGIA	DILUCION	VIA ADMON	FECHA	HORA	ENFERMERO (A)

VIA DE ADMINISTRACION Intramuscular IM Por Sonda Gastrostomia SGY Por sonda Nasogastrica SNG

Subcutanea SC Oral OR Endovenosa EV Por Cateter Venoso Central CVC

SIGNOS VITALES	HORA					ADMINISTRACION DE LIQUIDOS							
						LIQUIDOS ADMINISTRADOS							
Presion Arterial						Hora							
Frecuencia Cardiaca						Cant. Inicial							
Frecuencia Respiratoria						Cant. Administrada							
Temperatura						Via							
Glucometria						Tipo de Solucion							
Oximetria						Total Liq. Admin.							

[illegible][illegible]