G-MAX CLINIC

EVOLUCION DE HEMODIALISIS POR PACIENTES – ENFERMERIA

FECHA DE TRATAMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDOS:	C.I:	FECHA: TURNO:	EDAD:	SEXO: MASC. ( ) FEM ( )	Tlf:

UBICACIÓN:	HORA DE CONEXIÓN:	HORA DE DESCONEXIÓN:		
	SEROLOGIA: NEGATIVA ( ) HEPATITIS C ( ) HEPATITIS B CORE ( ) HEPATITIS B ANTG ( ) HIV ( )			
CURA DE CATÉTER:	P.A INICIAL: _____ P.A FINAL: _____		P.A INICIAL: _____ P.A FINAL: _____	

N°	N° MAQUINA	PESO PRE:	T.A PRE:	FC:	PTM:	QB:	HEP:	UF:	FC:	T.A POST:	PESO POST:	VOL. AC:	PRESION VENOSA	COMPLEJO B12	EPO:	VITC:	FE:	HEMOSTASIA DE FAV	ENFERMERA	OBSERVACION:
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				