

FECHA:

CAMA:

INICIALES DE NOMBRE Y APELLIDO:

PESO:

DIAGNÓSTICO:

ALERGIAS:

PRECAUCIONES:

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE
CONDICIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Otro Signos vitales Alterados:	CONDICIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Otro: Signos vitales Alterados:	CONDICIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Otro Signos vitales Alterados:
PATRÓN RESPIRATORIO Oxigenoterapia SI NO Dispositivo: Modo: Aspiración de secreciones: SI NO Hora:	PATRÓN RESPIRATORIO Oxigenoterapia SI NO Dispositivo: Modo: Aspiración de secreciones: SI NO Hora:	PATRÓN RESPIRATORIO Oxigenoterapia SI NO Dispositivo: Modo: Aspiración de secreciones: SI NO Hora:
PATRÓN NUTRICIONAL <input type="radio"/> Enteral <input type="radio"/> Parenteral <input type="radio"/> Reposo gástrico	PATRÓN NUTRICIONAL <input type="radio"/> Enteral <input type="radio"/> Parenteral <input type="radio"/> Reposo gástrico	PATRÓN NUTRICIONAL <input type="radio"/> Enteral <input type="radio"/> Parenteral <input type="radio"/> Reposo gástrico
PATRÓN DE ELIMINACIÓN Renal: Intestinal: Gástrica: Drenajes: ¿Cual? Balance Hídrico: Cada _____ Hs	PATRÓN DE ELIMINACIÓN Renal: Intestinal: Gástrica: Drenajes: ¿Cual? Balance Hídrico: Cada _____ Hs	PATRÓN DE ELIMINACIÓN Renal: Intestinal: Gástrica: Drenajes: ¿Cual? Balance Hídrico: Cada _____ Hs
PRESENCIA DE LESIONES SI NO Ubicación: Curación:	PRESENCIA DE LESIONES SI NO Ubicación: Curación:	PRESENCIA DE LESIONES SI NO Ubicación: Curación:
NOVEDADES	NOVEDADES	NOVEDADES
ENTREGA DE GUARDIA DEL TURNO MANAÑA FIRMA	ENTREGA DE GUARDIA DEL TURNO TARDE FIRMA	ENTREGA DE GUARDIA DEL TURNO NOCHE FIRMA

