CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **CONTROL DE TERAPIAS CONTINUAS**	CÓDIGO **04-FT-035**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

NOMBRE:		FECHA ACTUAL	24HS	36HS	FILTRO:	TIPO SOLUCIÓN:
			48HS	72HS		
CEDULA:	CAMA:	FECHA INICIO TERAPIA:			FECHA DE FINALIZACION:	
ACCESO VASCULAR:		HEPARINA:			UF/12HORAS (MAQUINA):	
		HEPARINA (UI):	BOLO:	HORARIA	SOPORTE INOTROPICO:	

CVVH	CVHHDF	AQUARIUS	QB ML/MIN	LAVADO:	PRE (DIALIZANTE)	POST:	UF/H:
CVVHD	SCUF	OBSERVACIONES:					

	FLUJOS							PRESIONES				
CADA HORA	**LAVADOS CUANTIFICADOS EN SABANA**	**FRACCCION DE FILTRACIÓN %**	**DOSIS HEPARINA (UI/H)**	**PRE O DIALIZANTE (ml/h)**	**POST DILUCION**	**FLUJO SANGRE (ml/h)**	**UF/HORA (ml/h)**	**ENTRADA**	**RETORNO**	**CAIDA P.F**	**PTM**	**PREFILTRO**
TOTAL												

REALIZAR CONTROL DE ELECTROLITOS Y TIEMPOS CADA 6 HORAS

MÉDICO TRATANTE	JEFE DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERÍA