CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **CONTROL DE PLASMAFERESIS**		CÓDIGO **04-FT-036**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

NOMBRE:				**FECHA ACTUAL:**	
CÉDULA:	**CAMA:**	**EPS:**		**EDAD:**	**ACCESO VASCULAR:**
HCTO (%)	**PTT:**	**PT:**		**PLAQUETAS:**	**SOPORTE INOTRÓPICO:**
TIPO DE SOLUCIÓN DE REPOSICIÓN ( )	**ALBUMINA 5%**	**CRISTALOIDES**		**PLASMA FRESCO CONGELADO ( ):**	
SESIÓN N.º / **FLITRO:**	**VP ml/h:**	**VPT ml:**	**LAVADOS:**	**QB ml/min:**	**TIEMPO:**
HEPARINA BOLO:	**HEPARINA HORARIA:**	**OBSERVACIONES:**			

	FLUJOS							**PRESIONES**				
CADA HORA	**LAVADOS**	**FRECUENCIA CARDIACA**	**TENSIÓN ARTERIAL**	**DOSIS HEPARINA (UI/h)**	**FLUJO SANGRE (ml/h)**	**EFLUENTE**	**VOL. PLASMATICO (ml/h)**	**ENTRADA**	**RETORNO**	**CAIDA P.F.**	**PTM**	**PREFILTRO**
TOTAL:												

NEFROLOGO/INTENSIVISTA:	**JEFE DE ENFERMERÍA:**	**AUX DE ENFERMERÍA**