	NOMBRE	CÓDIGO
CLÍNICA San Rafael	**REGISTRO DE LABORATORIO UCI PEDIATRICA**	**04-FT-038**
	TIPO DE DOCUMENTO: **FORMATO** / PROCESO: **MISIONAL**	VERSIÓN: **001**

Nombre del paciente:		**Cédula:**		**Cama:**		**Fecha ingreso:**	

	Fecha:												
HEMOGRAMA	WBC												
	NEU												
	HB												
	HTO												
	PLT												
ELECTROLITOS	POTASIO												
	SODIO												
	CALCIO												
	CLORO												
	FÓSFORO												
	MAGNESIO												
FUNCIÓN RENAL	BUN												
	CREATININA												
TIEMPOS DE COAGULACIÓN	TP												
	NR												
	TPT												
GASES ARTERIALES	PH												
	PO2												
	PCO2												
	HCO3												
	BE												
	PAO2/FIO2												
GASES VENOSOS	SVO2												
	PCO2v												
LACTATO													
PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA	DHL												
	BT/BD/BI												
	AST/ALT												
	AMILASA												
	F.ALCALINA												
	LIPASA												
CARDIOENZIMAS	TROPONINA												
OTROS	PCR												
	TSH												
COVID	DIMERO D												
	FERRITINA												
	R.Musc (S/N)												
	Ventilados (S/N)												
	Supino/Pronado												