



F0345

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEUROCIROLOGÍA GENERAL**

Fecha  Día  Mes  Año Documento  Tipo  N°

Apellido y Nombre

**DIAGNOSTICO PREVIO**

**ESTADO DE SALUD**

**PROCEDIMIENTO PROPUESTO**  Urgencia  Programado

El procedimiento quirúrgico implica la realización de un abordaje quirúrgico específico para la patología a resolver. Se me explicó la posibilidad de modificar el plan quirúrgico inicial en base a los hallazgos quirúrgicos, a distintas contingencias que pueden presentarse (como sangrado, edema cerebral o aumento de la presión dentro del cráneo) o a los resultados de la biopsia realizada durante el acto quirúrgico.

Además, se me ha informado sobre la posibilidad que el resultado de la biopsia diferida (luego de la cirugía) pueda no coincidir con el informe realizado durante la cirugía (congelación), en cuyo caso se podrá requerir una nueva toma de tejido o cambios en el plan terapéutico propuesto previo a la cirugía.

Me informaron sobre las posibilidades de requerir estabilización del raquis y las complicaciones y ventajas de los distintos sistemas protésicos disponibles. Me han explicado sobre las distintas opciones de incisiones de piel (en base al abordaje quirúrgico requerido) y la eventual necesidad de rasurar el área quirúrgica (con las implicancias que pueda tener en el posterior en el recrecimiento del pelo).

Me otorgaron indicaciones de la preparación previa a la cirugía, incluyendo los estudios preoperatorios a realizar, el ayuno previo, baño pre quirúrgico, medicaciones a evitar y/o suspender y los plazos requeridos para reiniciarlas. Además, me fueron mencionados los días estimados de internación, los plazos que se consideran necesarios para esperar mejorías, los tratamientos de rehabilitación que podré necesitar (con internación en centros especializados o en domicilio) y las restricciones laborales y físicas que está cirugía suele implicar.

**BENEFICIOS ESPERADOS**

**RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS ADVERSOS**

Toda intervención quirúrgica lleva implícita una serie de complicaciones potencialmente serias que pueden hacer variar la técnica operatoria programada, requerir métodos de estudio y tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un porcentaje de daño cerebral severo (estados de mínima conciencia y/o vegetativo) y mortalidad.

**Infecciosas:** Infección del abordaje quirúrgico, herida quirúrgica, estructuras neurológicas y líquido cefalorraquídeo (meningitis), infección local o diseminada grave.

**Sangrado:** Lesión de estructuras vasculares, hemorragia intracraneana, sangrado nasal, en caso que se requiera se realizará la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

**Neurológicas:** Fístula de líquido cefalorraquídeo (con la consiguiente necesidad de tratamiento), ingreso de aire a presión en la cavidad craneana, convulsiones, epilepsia, acumulación de líquido cefalorraquídeo con la posibilidad de requerir cirugías de

FIRMA MÉDICO:

FIRMA PACIENTE o RESPONSABLE:

derivación, problemas de visión, accidente cerebrovascular, modificaciones de la presión intracraneana, posibilidad de desarrollar oclusión parcial o total de arterias (vasoespasmo), pérdida de la fuerza y/o sensibilidad en el cuerpo, cara, labio, dientes y/o extremidades, caída del párpado superior, visión doble, trastornos del lenguaje tanto en la comprensión como en la expresión, disminución de la audición, alteración de la deglución pudiendo requerir de una traqueotomía (pequeño orificio en la tráquea) y/o gastrostomía (pequeño orificio en el estómago, para introducir una sonda de alimentación), pérdida del olfato, disminución del gusto, cambios en el sueño, mareos, vértigos posturales, cambios de conducta y/o personalidad, alteraciones del patrón de sed y hambre, incontinencia de orina y materia fecal, diabetes insípida transitoria o definitiva, impotencia sexual, esterilidad, dolores de cabeza o de cara y alteraciones cognitivas. En caso de producirse aumento de la presión intracraneana durante la cirugía, refractaria al tratamiento médico, puede ser necesario no colocar el fragmento de huso del cráneo retirado durante la apertura (desplaquetamiento). En estos casos, el mismo puede ser guardado en el plano graso de la región abdominal o en un freezer especial, para posteriormente, en un segundo tiempo, ser reimplantado. A su vez, en base a la severidad del cuadro clínico, una vez finalizada la cirugía puede existir la posibilidad de permanecer en estado de coma farmacológico hasta que las condiciones neurológicas mejoren.

**Dolor:** Dolor de cabeza, abdominal o del sitio donde se tomó el injerto, dolor herida quirúrgica.

**Otros:** Alteración sensibilidad de la córnea, úlcera cornea, alteración sensibilidad dientes, retracción encías, síndrome de ojo congelado con imposibilidad de moverlo, hernias abdominales, aumento o disminución de peso, disminución de la secreción de hormonas (pudiendo requerir tratamiento de sustitución con distintas hormonas en forma transitoria o de por vida), persistencia de los síntomas previos a la cirugía o agravamiento de los mismos, alteraciones sensitivas en la zona de la cicatriz quirúrgica, sinusitis, trombosis venosa, embolia de pulmón, arritmias cardíacas, muerte durante el acto quirúrgico o en el post operatorio.

Las complicaciones podrán requerir de tratamientos específicos, incluyendo cirugías, así como prolongar la internación más allá de lo previsto inicialmente (en sala general, Unidad de Cuidados Intensivos y/o Centros de rehabilitación).

### ESPECIFICAR ALTERNATIVAS: RIESGOS Y BENEFICIOS

Se me ha informado las distintas opciones terapéuticas alternativas al momento del diagnóstico, especificándose las ventajas y desventajas de cada una, las tasas de efectividad y complicaciones posibles de dichos procedimientos.

### CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO


Se me explicó la historia natural de mi patología y el riesgo que implica no recibir el tratamiento propuesto, incluyendo el desarrollo de convulsiones, daño neurológico motor o sensitivo, cefalea, dolor neuropático por alteraciones nerviosas, trastornos del sueño, del estado de conciencia, ceguera, visión doble, alteraciones cognitivas, de memoria, incontinencia de orina, alteraciones de la marcha, afecciones deglutorias y/o de la fonación, trastornos de personalidad e incluso mortalidad.

Luego de toda la información brindada, dejo debida constancia de haber recibido en forma clara y sencilla las explicaciones e información relevante del procedimiento que se me va a realizar, las cuales están contenidas en este escrito que he leído. Asimismo, todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado.

Consiento y autorizo además, a la ejecución de prácticas médicas y procedimientos auxiliares que resulten necesarios, producto de situaciones imprevistas y que los médicos puedan considerar útiles o convenientes.

Sin perjuicio de lo expuesto, dejo constancia también que tal como se me ha explicado, toda la información médica será tratada con la debida confidencialidad y reserva, cumpliendo con las pautas y recaudos establecidos por la ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326). Consiento, entonces, la presencia de observadores, dispuesta por la Institución, así como la filmación o fotografía con fines docentes, pero preservando mi identidad. Dejo constancia de haber sido informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo al procedimiento, bajo mi responsabilidad, conforme a lo que dispone la legislación vigente (Ley 26.529).

PACIENTE / RESPONSABLE  
(especificar vínculo)



Firma, aclaración y documento

MÉDICO



Firma y sello

Observaciones:.....

INTERNACIÓN: 196.181

HISTORIA CLÍNICA NRO.: 749.275

FECHA: 29/03/2022

HABITACIÓN: 208

IVA: 21%

HORA: 14:02

CAMA: 1

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

Nro. Paciente : 749.275      Cuenta Corriente : 749.275  
Apellido y Nombre : RIOS JUAREZ, LUANA  
País Nacimiento :      Edad: 8      Sexo : Femenino  
Fecha de Nacimiento: 22/07/2013      Tipo y Nro. Docum. : DNI 53.123.159  
Estado Civil : Casado      Ocupación :  
Domicilio Partic. : BARRIO LAS ACACIAS MANZANA C CASA 03 - YERBA BUENA      C.P.:  
Localidad : Yerba Buena      Prov. : Tucumán  
Teléfono Partic. : 0381-5575959

ENTIDAD	PLAN	CREDENCIAL	CONTACTO	TELÉFONO	IVA
---------	------	------------	----------	----------	-----

POR LA PRESENTE AUTORIZO A F.L.E.N.I. A REALIZARME TODAS AQUELLAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE CONSIDERE ADECUADAS PARA LA DETECCIÓN DIRECTA O INDEIRECTA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SUS ANTICUERPOS EN MI ORGANISMO.

**DATOS DEL FAMILIAR, TUTOR O RESPONSABLE**

Apellido y Nombre : RIOS VICTOR HUGO DNI 24340561, JUAREZ MARIA SOLEDAD DNI 29750426  
Fecha de Nacimiento :      Tipo y Nro. Docum. :  
Relac. c/Paciente :  
Domicilio : BARRIO LAS ACACIAS MANZANA C CASA 03 - YERBA BUENA 3      C.P.: 4.107  
Localidad : Yerba Buena      Prov.: : Tucumán  
Teléfono : 0381-5575959  
Observaciones :

EL SERVICIO DE ACOMPAÑANTE QUE NO SEA CUBIERTO POR LA OBRA SOCIAL/PREPAGA, QUEDARÁ A CARGO DEL PACIENTE.

**VALOR POR NOCHE S 3.018,71 final.**

**NOTA: EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD NO CUBRE DICHO SERVICIO.**

LOS ABAJO FIRMANTES CUYOS DATOS PERSONALES CONSTAN PRECEDENTEMENTE, SE CONSTITUYEN EN CODEUDORES SOLIDARIOS, LISOS Y LLANOS Y PRINCIPALES PAGADORES CON RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DE EXCUSIÓN Y DIVISIÓN, DE TODOS LOS GASTOS SANATORIALES, PENSIONES, DERECHOS, INSUMOS, HONORARIOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO CARGO QUE SE GENERE POR LA INTERNACIÓN Y SERVICIOS QUE SE PRESTEN, OBLIGÁNDONOS SOLIDARIAMENTE AL PAGO DE TALES CONCEPTOS EN EL MOMENTO EN QUE F.L.E.N.I. LO REQUIERA O EN OPORTUNIDAD DE PRODUCIRSE EL ALTA DEL PACIENTE, DESTACANDO ADEMÁS QUE NO CORRESPONDE O PONERLE A F.L.E.N.I. LAS CUESTIONES RELATIVAS A LOS ALCANCES DE LA COBERTURA CONTRATADA CON LA ENTIDAD DE MEDICINA PREPAGA U OBRA SOCIAL A LA QUE PERTENECE EL PACIENTE. LOS FIRMANTES RECIBEN EN ESTE ACTO UN EJEMPLAR DEL REGLAMENTO DE INTERNACIÓN DE F.L.E.N.I.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL FAMILIAR, TUTOR  
O RESPONSABLE

MÉDICO RESPONSABLE COSTALES, GUSTAVO ANDRES

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.

El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

## Hoja de Indicaciones Médicas

Buenos Aires, 29/03/2022

### Identificación del Paciente

<b>Nombre:</b> LUANA RIÓS JUÁREZ	<b>NHC:</b> 749275	<b>F. Nacimiento:</b> 22/07/2013
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Tipo Episodio:</b> Ingresado	<b>Documento:</b> 53123159 (DNI)
<b>Edad:</b> 8	<b>N° Episodio:</b> 36358	
<b>Telefono:</b> 0381-5575959	<b>Cama:</b> 215	
<b>Fecha de creación del documento:</b> 09/02/2022		

### Datos de la Hoja

<b>Peso(Kg):</b> 25	<b>Talla(m):</b>	<b>SupCorp(m²):</b> 0.93
<b>Cr sérica:</b>		

**Alergias:** No

**Alimentación:** Si

**Vía**

Oral

### Descripción de la dieta:

Dieta: GENERAL CON RESTRICCIONES (7)

Otras Dietas: LÍUIDOS ESPESADOS (3)

Fecha de Asignación: 16/03/2022, Horario de ingesta: 4 comidas/día

**Dieta de Alta:** No

**Plástica:** No

**Kinesiología:** No

**Controles/Enfermería/Kinesiología/Aislamiento:** Si

Control/Indicación	Frecuencia	Observaciones	Fecha Inicio	Fecha Fin
Motora	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00
Constantes básicas: Temperatura	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00
Colchon de aire	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00
Control neurológico básico	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00
Peso y talla	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00
Rotación	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00
Sonda nasogástrica	-	-	09/02/2022	30/03/2022 18:00

**Profilaxis:**

**TVP:** No

**Gástrica:** No

**Última prescripción validada el:** 29/03/2022 08:15 **Usuario Indicador:** Paola Di Lalla

Farmaco / Presentación de Farmacia	Dosis Indicada Toma/Frasco	Pauta	Vía	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Aumenta Tratamiento
Omeprazol 20mg Mupa Comp	20 mg	Cada 24 horas	ORAL	49 Días 09/02 - 13:53 30/03 - 18:00		
Modafinilo 200 mg Comp	50 mg	En ayunas (a las 8 h)	SONDA NASOGASTRI CA	14 Días 16/03 - 11:51 30/03 - 18:00		
Lacosamide 50 mg comp	50 - 50 mg	Cada 12 horas	SONDA NASOGASTRI CA	41 Días 17/02 - 08:10 30/03 - 18:00		

## Hoja de Indicaciones Médicas

Buenos Aires, 29/03/2022

### Identificación del Paciente

**Nombre:** LUANA RIOS JUAREZ      **NHC:** 749275      **F. Nacimiento:** 22/07/2013  
**Sexo:** Femenino      **Tipo Episodio:** Ingresado      **Documento:** 53123159 (DNI)  
**Edad:** 8      **N° Episodio:** 36358  
**Telefono:** 0361-5575959      **Cama:** 215  
**Fecha de creación del documento:** 09/02/2022

### Datos de la Hoja

**Peso(Kg):** 25      **Talla(m):**      **SupCorp(m²):** 0.93  
**Cr sérica:**

Fármaco / Presentación de Farmacia	Dosis Indicada Toma/Frasco	Pauta	Vía	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Alimenta Tratamient
Bisacodilo 10mg Supositorio	1 aplicacion	Segun protocolo	RECTAL	38 Días 20/02 - 18:51 30/03 - 18:00		
Polietilenglicol 3350 3,86gr + asoc. Sobres (Barex S)	1 sobre	Cada 24 horas	SONDA NASOGASTRI CA	49 Días 09/02 - 13:55 30/03 - 18:00		
Sulfato de Zinc 0,4% sol Oral	10 mg	Cada 24 horas	SONDA NASOGASTRI CA	49 Días 09/02 - 13:55 30/03 - 18:00		
Folico Acido 1 mg Comp	2 mg	Cada 24 horas	SONDA NASOGASTRI CA	49 Días 09/02 - 13:58 30/03 - 18:00		
Óleo Calcareo x 250 ml	1 aplicacion	Antes de Des-Aim- Cen	TOPICA	49 Días 09/02 - 13:56 30/03 - 18:00		
Vit A Emulsion 200 gr (Bagovit A)	1 aplicacion	Antes de Des-Aim- Cen	TOPICA	49 Días 09/02 - 13:57 30/03 - 18:00		
Ibuprofeno 2% Susp	250 mg	Segun protocolo	SONDA NASOGASTRI CA	49 Días 09/02 - 13:57 30/03 - 18:00		
Clohexidina 2% sol x 100 ml	1 aplicacion	Antes de Des-Aim- Cen	ENJUAGUES BUCALES/SUC HES	49 Días 09/02 - 16:38 30/03 - 18:00		

### Problemas activos que presenta el paciente

Surgifix venda para curación escara occipital

### Observaciones

#### Observaciones del Médico:

AYUNO PARA CIRUGÍA DESDE LAS 9 AM DE 29/3

Fdo.: Paola Di Latta

MP: 447695

### LISTADO DE VERIFICACION DE DATOS PERIOPERATORIOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

Rios Juarez Luana.

N° DE HISTORIA CLINICA:

PROCEDIMIENTO:

#### ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

##### ENTRADA

- EL PACIENTE HA CONFIRMADO:
  - SU IDENTIDAD (Nombre, apellido y Fecha de Nac.)
  - BAÑO:
  - LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA.
  - LA CIRUGIA
  - CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
    - CIRUGIA  ANESTESIA  SANGRE
  - PREQUIRURGICO COMPLETO.
  - MARCADO DEL SITIO QUIRURGICO/ NO APLICA  SI  NO
  - VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO DE ANESTESIA.
  - PULSIOXÍMETRO EN EL PACIENTE EN FUNCIONAMIENTO.
  - EQUIPAMIENTO ESPECIFICO EN CONDICIONES DE OPERABILIDAD.
  - VACUNACIÓN ANTITETÁNICA.

##### EL PACIENTE PRESENTA:

- ¿AYUNO?
  - NO  SI
- ¿ALÉRGICAS?
  - NO  SI
- ¿EMBARAZO?
  - NO  SI
- ¿DIFICULTAD EN VÍA AÉREA / RIESGO DE ASPIRACIÓN?
  - NO  SI, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTAN DISPONIBLES
- ¿RIESGO DE PÉRDIDA DE SANGRE > 500 ML DE SANGRE (7ML/KG EN NIÑOS)?
  - NO  SI, Y DISPONE DE UNA VÍA DE ACCESO IV ADECUADA / FLUIDOS NECESARIOS.

#### ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL

##### PAUSA

- CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAN IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN.
- CIRUJANO/A ANESTESIÓLOGO Y CIRCULANTE CONFIRMAN VERBALMENTE
  - PACIENTE
  - SITIO QUIRÚRGICO
  - PROCEDIMIENTO

##### ANTICIPACIÓN DE SUCESOS CRÍTICOS

- EL CIRUJANO/A REPASA: ¿CUALES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN, LA PERDIDA DE SANGRE ESPERADA?
- EL ANESTESIÓLOGO REPASA: ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?
- LA INSTRUMENTADORA CONFIRMA: LA ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
  - CHEQUEO DE INDICADORES DE ESTERILIDAD
- ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILÁXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
  - SI  NO CORRESPONDE
- ¿ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PRESENTES?
  - SI  NO

#### ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE EL QUIRÓFANO

##### SALIDA

LA CIRCULANTE CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
- CONTEO DE GASAS, AGUJAS E INSTRUMENTAL CORRECTO
- IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS DE:
  - ANATOMÍA PATOLÓGICA
  - LABORATORIO
- PARTE QUIRÚRGICO
- PARTE ANESTESICO
- INDICACIONES MÉDICAS EN H. CLINICA.
- ¿SE HA ADMINISTRADO ANTIBIÓTICO CONFORME AL TIEMPO QUIRÚRGICO?
- PULSERA IDENTIFICATORIA
- MONITOREO DE TRANSPORTE

Firma y Sello:   FECHA 29 / 03 / 22



**PREPARACION AREA QUIRÚRGICA**

<b>RIOS JUAREZ, LUANA</b> <b>HC: 749275</b> <b>FNac: 22/07/2013</b> <b>Epi: 196181</b> <b>Afi:</b> <b>Nro Pac: 749275</b>		<b>S DEL PACIENTE</b>         
<b>DNI: 53123159</b> <b>OS: PRIVADO</b>	<b>INT</b>	<b>Nº de H.C. ....</b>

URGENCIA  SI  NO  
 MOTIVO:  
 Cirugía  Endovascular  Gamma Knife  Otros *Camb. De Ve Pe.*

<b>CUIDADOS OPERATORIOS</b> <small>SI NO</small>	<b>MEDICACION ACTUAL</b> <small>(HOJA DE INDICACIÓN MÉDICA)</small>	<b>HORA</b> <small>(ÚLTIMA DOSIS)</small>
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paciente identificado con Pulsera (Obligatorio) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uñas despintadas <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clipado (uso de esquiadora) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baño prequirúrgico (jabón antiséptico u otro) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Camisolín, cofia, botas <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paciente con Aislamiento de Contacto <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paciente con Aislamiento Respiratorio <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sin maquillaje facial <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor - Escala: ..... Nº..... <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción espontánea <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agrupado <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Paciente Alérgico (especificar)..... <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Profilaxis tétanos ..... <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Portador de Infecciones <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ayuno * Última ingesta de sólidos .....Hs. * Última ingesta de líquidos .....Hs.	                    	                    
<b>FUM:</b> ..... Probabilidad de embarazo <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Test de embarazo</b> <b>+</b> <input type="checkbox"/> <b>-</b> <input type="checkbox"/>		

**FUERON RETIRADOS:**  
 Prótesis dentaria  
 Lentes  
 Otros: .....

Entregado a: .....  
 Firma: .....

DISPOSITIVOS INVASIVOS:

Sonda vesical

Sonda nasogástrica

Otros: .....

Vía periférica

Vía arterial

Vía central

CONTROLES

Peso: 24<sup>500</sup> Altura: ..... Sup. corporal ..... FC: 102 FR: 24 TA: 85/55<sup>(62)</sup> Sat.O2: 98%<sup>35 E</sup>

PREQUIRURGICO MEDICO:

SI  No

ESTUDIOS ESPECÍFICOS PARA EL PROCEDIMIENTO:

SI  No

MARCADO DE SITIO QUIRURGICO:

SI  No

Profesional que lo realizó: .....

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA:

SI  No

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA:

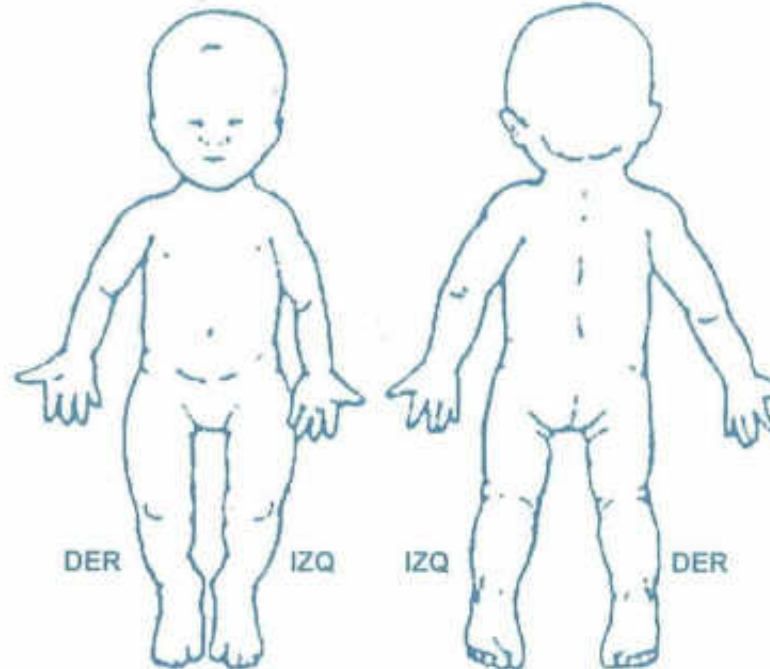
SI  No

MARCADO SITIO QUIRURGICO

< 12 MESES

ANTERIOR

POSTERIOR



Fecha: 29, 03, 22 Hora: 17<sup>30</sup>

Firma y sello del enfermero/a



**Fleni** Neurología  
Neurocirugía  
Rehabilitación

RIOS JUAREZ, LUANA  
HC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 196181  
Af:   
Nro Pac: 749275  
DNI: 53123159  
OS: PRIVADO  
INT

EVALUACIÓN PREANESTÉSICA		Fecha: 29.03.22
Apellido y Nombre: <u>Es</u> M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		
Edad: <u>20</u>	Fecha de Nacimiento: <u>22/07/2013</u>	Peso: <u>20</u> Talla: <u>1.70</u> Nro. historia clínica: <u>20130000000000000000</u>
Cirujano: <u>Jhнович</u>	Anestesiólogo: <u>BRIGASUP</u>	
Cirugía Propuesta: <u>TRANSURTO HIPOCALCIS</u>		
<b>Antecedentes personales:</b> - Cardiológicos HTA _____ Arritmias _____ Coronariopatías _____ Valvulopatías _____ Respiratorios Patología restrictiva <input type="checkbox"/> _____ patología obstructiva <input type="checkbox"/> _____ - Nefrológicos <input type="checkbox"/> _____ - Neurológicos <input checked="" type="checkbox"/> <u>no en ptes</u> - Metabólicos <input type="checkbox"/> _____ - Infecciones <input type="checkbox"/> _____ - Alergias <input type="checkbox"/> _____		<b>Antecedentes quirúrgicos</b> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Observaciones: _____ _____ _____ <b>Antecedentes Anestesia</b> General <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Observaciones: _____ _____ _____ <b>A.S.A.</b> Grado <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Urgencia <input type="checkbox"/>
<b>Exámenes complementarios</b> Laboratorio _____ Electrocardiograma _____ _____ _____ _____		<b>Condición infectológica</b> <input type="checkbox"/> Aislamiento de contacto <input type="checkbox"/> Aislamiento respiratorio <input type="checkbox"/> Aislamiento de contacto y respiratorio
<b>Medicación Actual</b> <u>ANTICAMBIZONES</u>		<b>Dosis</b> _____ _____ _____ _____
<b>Examen Físico - Via aéreas</b> Apertura bucal: <u>2 dedos</u> Distancia Tiromentoniana: _____ Mallampatti: <u>II</u> Articulación Temporomandibular: <u>libre</u> Pieza dental: _____ Prótesis: <u>no</u> Antecedentes de intubación dificultosa: <u>no</u> Rigidez Cervical: <u>no</u>		
Consultorio de Evaluación Preanestésico SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Indicaciones especiales _____ _____ _____		
Ayuno: <u>6</u> hs. sólido / <u>6</u> hs. líquido		
Firma Anestesiista: <u>[Firma]</u>		Aclaración: <u>BRIGASUP</u> Matricula N°: <u>60976</u>

Paraguay Covakid  
M.C. 2020-00000000000000000000  
M. 2020-00000000000000000000





## EGRESO DE QUIRÓFANO

Cirugía realizada: **TDAE hidrocefalía**

Cirujano: **J. Muriel**      Ayudante 1: **A. Urdal**      Ayudante 2:

Monitoreo específico: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Egreso a piso

Egreso a Hospital de día / Ambulatoria

Derivación a cuidados intensivos      UCO      UTI **✓**

Actividad Motora **RACUS**

Ventilación **SP**

FC **79**

TA **100/57**

Nivel de conciencia **Responde a AVUD**

Saturación arterial O2 **96%**

Droga	última dosis	Hora

Indicaciones :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Firma Anestesiólogo
Adaración



Matricula N°

## Estudio Laboratorio

Buenos Aires, 28/03/2022

### Identificación del Paciente

<b>Nombre:</b> LUANA RIOS JUAREZ	<b>NHC:</b> 749275	<b>F. Nacimiento:</b> 22/07/2013
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Tipo Episodio:</b> Ingresado	<b>Documento:</b> 53123159 (DNI)
<b>Edad:</b> 8	<b>N° Episodio:</b> 36358	<b>Nacionalidad:</b> -
<b>Fecha de creación del documento:</b> 28/03/2022		

### Datos del Estudio

<b>Petición:</b> 20221000085602	<b>F. Entrada:</b> 28/03/2022 10:30
<b>Doctor:</b>	<b>Cama:</b> 8 215 1 <b>F. Extracción:</b> 28/03/2022 08:00

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VAL. REF.
<b>BIOLOGIA_MOL</b>			
Test rapido Antigenico para COVID19	Negativo		
<i>La prueba proporciona resultados preliminares. Los resultados no excluyen la infección por SARS-CoV-2. Estos deben combinarse con observaciones clínicas, historial del paciente e información epidemiológica.</i>			
<b>HEMATOLOGIA</b>			
Hemograma			
ERITROCITOS	4.46	mill/mm3	[3.9-5.2]
HEMATOCRITO	38	%	[34-45]
HEMOGLOBINA	13.8	g/dl	[11.5-15.5]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	85.2	fl	[75-95]
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31	pg	[24-33]
CONCENTRACION HGB CORP.MEDIA	36.4	g/dl	[31-37]
ANCHO DE DISTRIB.ERIT.(RDW)	12.7	%	[0-14]
PLAQUETAS	265	mill/mm3	[150-440]
* VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO(MPV)	6.9	fl	[8.5-12.5]
LEUCOCITOS	6.4	mill/mm3	[4.5-15.5]

(\*) Valor fuera de rango de

Este informe ha sido validado electrónicamente en el sistema de origen (DNLab).

## Estudio Laboratorio

Buenos Aires, 28/03/2022

### Identificación del Paciente

<b>Nombre:</b> LUANA RIOS JUAREZ	<b>NHC:</b> 749275	<b>F. Nacimiento:</b> 22/07/2013
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Tipo Episodio:</b> Ingresado	<b>Documento:</b> 53123159 (DNI)
<b>Edad:</b> 8	<b>Nº Episodio:</b> 36358	<b>Nacionalidad:</b> -
<b>Fecha de creación del documento:</b> 28/03/2022		

### Datos del Estudio

<b>Petición:</b> 20221000085602	<b>F. Entrada:</b> 28/03/2022 10:30
<b>Doctor:</b>	<b>Cama:</b> 8 215 1 <b>F. Extracción:</b> 28/03/2022 08:00

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VAL. REF.
FORMULA LEUCOCITARIA			
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	50.7	%	[40-60]
EOSINOFILOS %	3.8	%	[1-5]
BASOFILOS %	0.6	%	[0-1]
LINFOCITOS %	38.8	%	[25-45]
MONOCITOS %	6.1	%	[2-8]
• Suma Formula			[100-100]
<b>QUIMICA</b>			
GLUCEMIA	92	mg/dl	[60-100]
• UREA EN SANGRE	42	mg/dl	[11-39]
CREATININA EN SANGRE	0.65	mg/dl	[0.3-0.7]
Hepatograma			
BILIRRUBINA DIRECTA	0.11	mg/dl	[0-0.2]
• BILIRRUBINA TOTAL	0.24	mg/dl	[0.3-1.2]

(\*) Valor fuera de rango de

Este informe ha sido validado electrónicamente en el sistema de origen (DNLab).

## Estudio Laboratorio

Buenos Aires, 28/03/2022

### Identificación del Paciente

<b>Nombre:</b> LUANA RÍOS JUAREZ	<b>NHC:</b> 749275	<b>F. Nacimiento:</b> 22/07/2013
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Tipo Episodio:</b> Ingresado	<b>Documento:</b> 63123159 (DNI)
<b>Edad:</b> 8	<b>N° Episodio:</b> 36358	<b>Nacionalidad:</b> -
<b>Fecha de creación del documento:</b> 28/03/2022		

### Datos del Estudio

<b>Petición:</b> 20221000085602	<b>F. Entrada:</b> 28/03/2022 10:30
<b>Doctor:</b>	<b>Cama:</b> 8_215_1 <b>F. Extracción:</b> 28/03/2022 08:00

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VAL. REF.
TGO- TRANSAMINASA AST	21	UI/l	[0-35]
* TGP- TRANSAMINASA ALP	44	UI/l	[0-35]
FOSFATASA ALCALINA	167	UI/l	[89-325]
PROTEINAS TOTALES SERICAS	6.45	g/dl	[5.7-8]
* COLESTEROL TOTAL	240	mg/dl	[0-200]
IONOGRAMA PLASMATICO			
SODIO EN SANGRE	140	mEq/l	[135-145]
POTASIO EN SANGRE	4.3	mEq/l	[3.5-5.1]
CLORO EN SANGRE	102	mEq/l	[94-111]
CALCIO EN SANGRE	9.3	mg/dl	[8.8-10.8]
FOSFORO EN SANGRE	4.9	mg/dl	[4-7]
MAGNESIO EN SANGRE	2	mg/dl	[1.9-2.5]

(\*) Valor fuera de rango de

Este informe ha sido validado electrónicamente en el sistema de origen (DNLab).

## Informe de Epicrisis

Buenos Aires, 29/03/2022

### Identificación del Paciente

<b>Nombre:</b> LUANA RIOS JUAREZ	<b>NHC:</b> 749275	<b>Domicilio:</b> BARRIO LAS
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Tipo Episodio:</b> Ingresado	<b>Documento:</b> 53123159 (DNI)
<b>Edad:</b> 8	<b>N° Episodio:</b> 36358	<b>Localidad:</b> Yerba Buena
<b>F. Nacimiento:</b> 22/07/2013	<b>Nacionalidad:</b> -	<b>Provincia:</b> Tucumán
<b>Fecha de creación del documento:</b> 29/03/2022		

### Datos del Informe

**Fecha Ingreso:** 09/02/2022      **Fecha egreso:** 29/03/2022  
**Departamento** Programa CETNA - Estimulación sensorial-Encefalitis      **Destino:** Cambio de Sede  
**/ Servicio / Sección:**

### Motivo de Ingreso

Paciente de 8 años con secuela neurológica 2° a TEC grave ingresa el 9/2/22 para módulo de rehabilitación intensiva.

### Antecedentes

#### Personales:

RNT, PAEG, Pautas madurativas acordes,  
Antec de BOR.

### Enfermedad actual y datos positivos al examen físico

Paciente que sufrió politraumatismo con TEC grave el día 12/12/21 luego de accidente en la vía pública (caída de un árbol). Ingresó al servicio de emergencias, inconsciente, en shock hipovolémico; se realizó intubación endotraqueal, resucitación con fluidos y transfusión GRS. Ingresó a terapia intensiva donde permaneció 27 días totales, requirió inotrópicos los primeros 7 días, 25 días con asistencia respiratoria mecánica lográndose extubación el 06/01/22. Ingresó a cuidados intermedios el 08/01/22. • Aspecto Neuroquirúrgico: Paciente con lesión SNC hematoma frontal, edema perilesional y hemorragia ventricular. El día 12/12 se realizó craneotomía occipital descompresiva, se colocó catéter de PIC, curso hipertensión endocraneana refractaria recibió tiopental durante 2 días. El día 15/12 se realiza nueva craneotomía fronto, temporo parietal y colocación de derivación ventricular externa con salida de LCR hemático que progresivamente se aclaró. El día 26/1 se coloca derivación ventricular peritoneal con buena evolución se solicita derivación para continuar rehabilitación kinesioterapia y fonoaudiológica en centro de mayor especificidad. • Aspecto traumatológico: Presento doble fractura de humero derecho y de clavícula. No se realizó cirugía por inestabilidad hemodinámica. Actualmente con inmovilización de miembro superior derecho con férula tipo brasier. • Aspecto Infectológico: Presento infección intrahospitalaria sin rescate de germen cumple esquema antibiótico. PCR covid no detectable 12/12. • Aspecto dermatológico: escara occipital en tratamiento local, con buena evolución. Actualmente reepitelizada.

### Evolución

Paciente crónicamente enferma, estable clínicamente, normotérmica, normohidratada, hemodinámicamente compensada, en suficiencia cardiorrespiratoria. Buen descanso nocturno.

Vigil, reactiva, conectada, pupilas isocóricas fotorreactivas, latencia en las respuestas, obedece órdenes simples, verbaliza respuestas. Presenta compromiso de tercer (incompleto) y sexto par derecho. Moviliza 4 miembros, leve aumento de tono en tobillos y clonus izquierdo agotable, de poca amplitud y duración. Menor iniciativa motora derecha, hipotonía global, mejoría del sostén cefálico, ROT presentes. Craneotomía frontal bilateral con importantes fluctuaciones asociadas a cambios de decúbito, hundidas durante el sentado. Heridas quirúrgicas cefálicas sin puntos, en fase cicatrizal. Presenta escara occipital, re-epitelizada.

Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados, sin requerimientos de O2 suplementario.

R1 y R2 en 4 focos, silencios libres. Hemodinámicamente compensada. Normotensa.

Abdomen blando depresible, no impresiona doloroso, RHA+ Diuresis y Catarsis conservada. Alimentación vía oral progresando consistencias con buena tolerancia.

Afebril, sin signos de toxoinfección sistémica. Sin tratamiento antibiótico.

Dado que presenta fluctuaciones en la extomía asociada a los cambios de decúbito, con repercusión en el alerta, se realiza evaluación por Neurocirugía, Dr Jaimovich, y se decide programar recambio de válvula de derivación por una válvula programable el día 29/3.

### Estudios Complementarios

24/03/22 Hisopado nasal búsqueda de SAMR Negativo

25/3 Test rápido Ag COVID Negativo

Rx de Tórax sin signos patológicos

Se adjunta ECG y laboratorio

## Informe de Epicrisis

Buenos Aires, 29/03/2022

### Identificación del Paciente

<b>Nombre:</b> LUANA RIOS JUAREZ	<b>NHC:</b> 749275	<b>Domicilio:</b> BARRIO LAS
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Tipo Episodio:</b> Ingresado	<b>Documento:</b> 53123159 (DNI)
<b>Edad:</b> 8	<b>N° Episodio:</b> 36358	<b>Localidad:</b> Yerba Buena
<b>F. Nacimiento:</b> 22/07/2013	<b>Nacionalidad:</b> -	<b>Provincia:</b> Tucumán
<b>Fecha de creación del documento:</b> 29/03/2022		

### Datos del Informe

**Fecha Ingreso:** 09/02/2022    **Fecha egreso:** 29/03/2022  
**Departamento** Programa CETNA - Estimulación sensorial-Encefalitis    **Destino:** Cambio de Sede  
**/ Servicio / Sección:**

### Impresión Diagnóstica

**\*\*PRINCIPAL\*\***  
Secuejar neurológico secundario a politraumatismo y TEC grave (12/12/22)  
Fractura húmero derecha tratada.  
DEVEPE (26/01) válvula con presión media 85/105 mmHg (no regulable).

### Tratamiento

-Omeprazol 20 mg c/ 24 hs  
-Lacosemida 50 mg c/12 hs (4 mg/kg/d)  
-Modafinilo 50 mg 8am (inicia 17/3)

### Plan de Seguimiento ( Estudios y consultas al egreso)

Recambio de VDVP por una regulable a cargo del Dr Jaimovich Sebastián

**Especialidad:** ESCOBAR CETNA

**SubEspecialidad:** ESCOBAR CETNA

**Fdo.:** Dr/Dra Di Lalla, Paola

**MP:** 447695

  
DI LALLA PAOLA  
MEDICA PEDIATRA  
M.P. 447695

RIOS JUAREZ, LUANA

HC: 7492

FNac: 2 07/2013

Epi: 36358

Afi:

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

ID: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Nro Pac: 749275

INT

Freec. 96  
PR 130  
DORS 77  
QT 315  
QTc 398

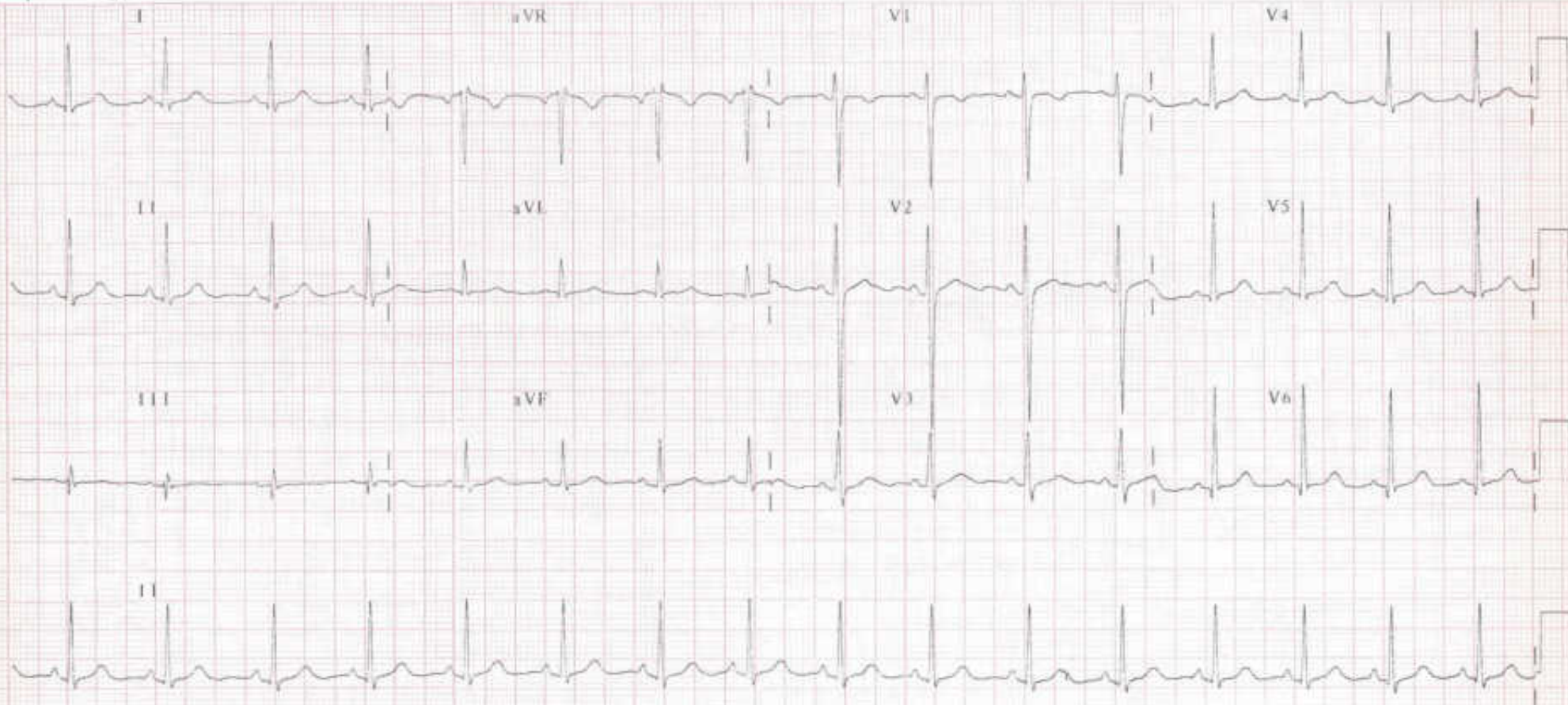
11 Ro. 28/03

TA: 100/60

To: 36,5°C

FR: 20x1

--Eje--  
P 44  
QRS 35  
T 38



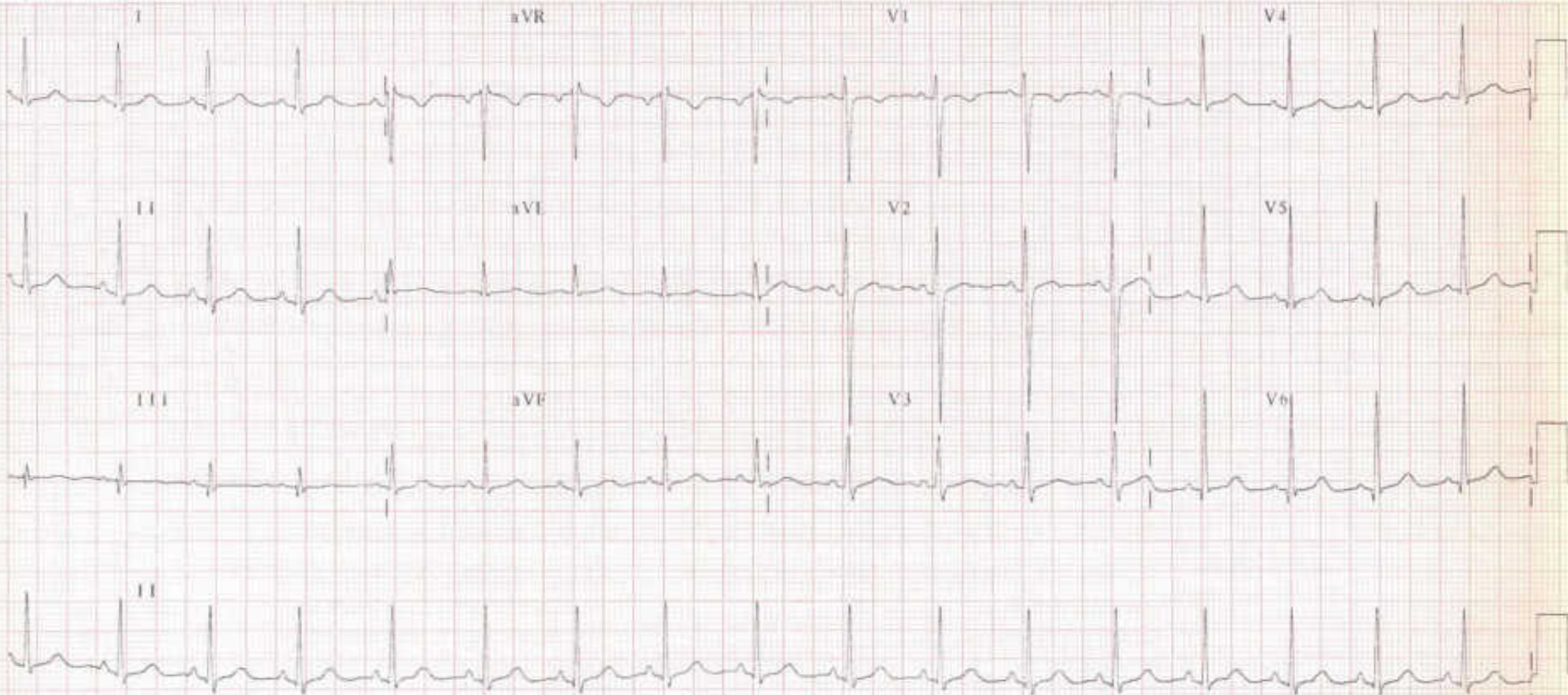
25 mm/seg. 10 mm/mV  $\sim$  0,15 Hz - 40 Hz HP7S9 23534

GRAPHIC CHARTS

ID: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Free: 100  
PR: 124  
DQRS: 75  
QT: 308  
QTc: 397

--Eje--  
P: 44  
QRS: 35  
T: 40





**HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACION PEDIATRIA**

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 31/03/22 ALERGIAS: N/R EDAD: 8A  
 CAMA: 307 DIAGNOSTICO: susp. de disfuncion pulmonar PESO: 25kg VALOR DE ESCALA: 14

RIESGO DE CAIDA: SI  NO   
 AISLAMIENTOS: Contacto  Respiratorio  Germen  NEUTROPENICO  Suspens. hs.

HC: 749275 FNac: 22/07/2013 Epi: 196181 Afi: Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159 OS: PRIVADO INT

HORARIO	8:10 hs.	11:50 hs.	14:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
TENSION ARTERIAL	100/60	100/60	110/60 (84)							
FRECUCIA CARDIACA	84	93	108*							
FRECUCIA RESPIRATORIA	20	20	20*							
TEMPERATURA (Axilar) Central	35.6	36.1	36.5							
SATURACION O2%	99	99	99%							
GLUCEMIA (Mg/dl)	-	-	-							
GLASGOW	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	8:10 hs.	11:45 hs.	14:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP Susp. - Jometha	24	33/57	60/117							
ATB / ANALGESIA (IV)										
Lev EV	20	-120	-120							
LIQ. ORAL EXPANS.	200	100/300	-1300							
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)										
EXPANSION (IV)										
INGRESOS TOTALES	244	377	437							
EGRESOS			142							
DIURESIS Espont. / Sonda Ves	⊕1	⊕1	330							
CATARSIS Solida / Blanda / Diarreica	⊖	⊖	-							
SNG / EMESIS / DRENAJES	900 Ex 1	⊖								
EGRESOS TOTALES			330							
BALANCE			⊕107							
Control de Orina	PH	Gluc								
	Sang.	Densid.								

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	X		
Solo / Acompañado	A	A	
Baño prequirurgico	/		
Higiene y Confort	X		
Higiene Bucal	X		
Cambio ropa de cama	X		
Lavado y Protección ocular	/		
Rasurado Cefálico	/		
Control balón Traqueostomia	/		
Coloc. Collar Cervical / Corcet	/		
Prevención de úlceras	X	X	
1) Colchón aire / Piel Médica	/		
2) Colchón Roho	/		
3) Silicona Spray / Cremas	/		
4) Cambio decubito x 1, 2, 3	X	X	
Baranda cama levantada	X	X	
Chichonera	/		
Valvas MS / MI / Ambos	/		
Elevación de Miembros I-S	/		
Habilitación dispo. Portacath	/		
Pulsera de Identificación	Si No	Si No	Si No
Peso Diario Kgs.	/		
Curación vía Perif./Centr./ Portal	/		
Curación Lesión piel	/		
Curación de Traqueostomia	/		
Curación y Fijación Gastro / Yeyu	/		
Curación de Ostomas	/		
Curac. herida Cefálica / Lumbar	/		
Curación otros ?	/		
Cambio de vendaje cefálico	/		
Cateterismo Vesical Intermitente	/		
Enemas Evac / Supositorios	/		
Aspiración secreción	/		
Coloc. Monitor Multiparametr.	/		
Peso Diuresis por pañal	/		
O2 Terapia Ltsx'	/		
Humidif. (Filtro / Calentad)	/		
Cambio de Solución humif. O2	/		
B-PAP (IPAP-EPAP)	/		
Medias Antitromb. O Neumáticas	/		
Cabecera 30 / 45 / 0°	30°	30°	
Realización de ECG	/		
Medios Físicos externos	/		
Control de Cateter Lumbar	/		

ORIENTACION			ACOMPANANTES		
En Persona	En Lugar	En Tiempo	TM	TT	TN
SI NO	SI NO	SI NO	SI	SI	SI
SI NO	SI NO	SI NO			
SI NO	SI NO	SI NO			
SI NO	SI NO	SI NO			

TELEMETRIA CEREBRAL  Aplicación Tecnesio  hs. RMN  hs.  
 MONITOREO CARDIACO CONTINUO   
 CATETER PIC: CEFALICO  LUMBAR  DRENAJE SI  NO  RETIRADO  hs.  
 Motivo:

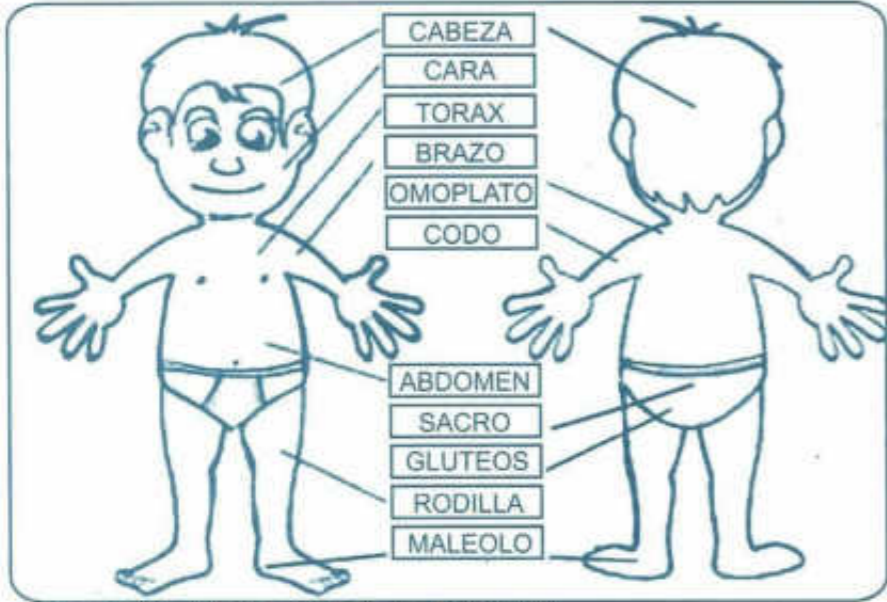
TRASTORNO MOTOR			INGESTA		
Marcha	Equilibrio	Coordinación	Movilidad	Sosten Cefalic	Se para
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de Ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación del Paciente / Fliar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X

Referencia: Marcar con una (X) cuando corresponda / SI-NO en casilleros combinados utilice la primer letra / cuando no aplique tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental	0	0	
Incontinencias Doble puntuación	6	6	
Actividades Doble puntuación	4	4	
Movilidad Doble puntuación	4	4	
Nutrición	1	1	
Integridad Cutánea	0	0	
Sensibilidad Cutánea	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	

Valorización según la escala de Ameli (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la oponente muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

**TM Observaciones Asistenciales** Pre despertar, lúcida y orep. Con su madre. Se encuentra acudida por sospecha KPC. Presenta AVP en MSDZ con SF a 10 u/h permeable y sin signos de Hbntis, ingesta v.o, diuresis (+) en pañal (se realiza higiene y cambio). Es evaluada por pediatría. Siendo q. so presenta mejoría, se suspende medicación. Bautada en cama + cambio de sábanas completos. Edema papular bilateral.

**Observaciones de Medicación:** Medicada SIM.

(Herida exp. Limpia y seca). Espera ambulancia para ESCOBAR CLAVI. Se realiza desplazamiento SIM.

Firma y sello Enf. Asistencial  
**SOFÍA B. BRIZUELA**  
 ENFERMERA UNIVERSITARIA  
 M.N. 107712 M.P. 191027

Firma y sello Enf. Medicación  
**SOFÍA B. BRIZUELA**  
 ENFERMERA UNIVERSITARIA  
 M.N. 107712 M.P. 191027

**TT Firma y sello Enf. asistencial RECIBE** **Firma y sello Enf. Medicación RECIBE**

**Observaciones Asistenciales** Paciente acompañado de familiares a la espera de ambulancia por asma a Escobar, presenta AVP (2) en MSDZ profundizando mantención a 10 u/h us repite curri se realiza osv con resultados de parámetros normales.

16 de. Se hace presente ambulancia para flebo.

**Observaciones de Medicación:**

Al administrar medicación sigue indicación médica

Firma y sello  
**FERNANDEZ OLGA VERONICA**  
 ENFERMERA PROFESIONAL  
 M.N. 75807 M.P. 121491

Firma y sello  
**FERNANDEZ OLGA VERONICA**  
 ENFERMERA PROFESIONAL  
 M.N. 75807 M.P. 121491

**TN Firma y sello Enf. asistencial RECIBE** **Firma y sello Enf. Medicación RECIBE**

**Observaciones Asistenciales**

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Vía periférica <sup>MSB</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29/03
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Observaciones de Medicación:**

Firma y sello Enf. Asistencial Firma y sello Enf. Medicación

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros	
		Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.			Der/Izq.		
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>					
Sf clorhex/piasult según ind. med.				TM	Su lesiones en piel por IPP.				
eval. plastica				TT	Su lesiones en piel por IPP				
				TN					

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cual ?					
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo									hs finalización			

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs.		<b>Traslado de Pacientes</b>		<b>Cambio de Tubuladuras</b>	
Muestra enviada Si <input type="checkbox"/> hs.	NO <input type="checkbox"/>	Refrigerada <input type="checkbox"/>	LUGAR	Fecha	F. coloc.
<b>FORMA DE RECOLECCIÓN:</b> Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>		LUGAR	Hs. Salida	PHP	
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____		LUGAR	Hs. Salida	Expansión	
Prepar. Cx Hoja Preq. <input type="checkbox"/> Camisolín <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/>				Alimentación	
Descanso Nocturno: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>				Otros .....	

Referencia: (Los casilleros completarios cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACION PEDIATRIA

RIESGO DE CAIDA: SI [x] NO [ ]

AI SLAMIENTOS Contacto [x] Respiratorio [x] Germen [x] NEUTROPENICO [x]

HC: 749275 FNac: 22/07/2013 Epl: 196181 AFI: Nro Pac: 749275 DNI: 53123159 OS: PRIVADO INT

FECHA: 30/03/22 ALERGIAS: NO EDAD: 8 años VALOR DE ESCALA: PESO: 25 kgs ALTURA: DIAGNOSTICO: Sop. de disrupcion radular.

Table with columns for time (HORARIO) and rows for vital signs (TENSION ARTERIAL, FRECUENCIA CARDIACA, etc.) and intake/output (INGRESOS, EGRESOS).

Table for daily care and procedures (CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS) with columns for shift (TURNO) and type of care (TM, TT, TN).

Form for patient assessment including orientation, motor disorders, ingestion, and pain evaluation (EVALUACION DEL DOLOR).

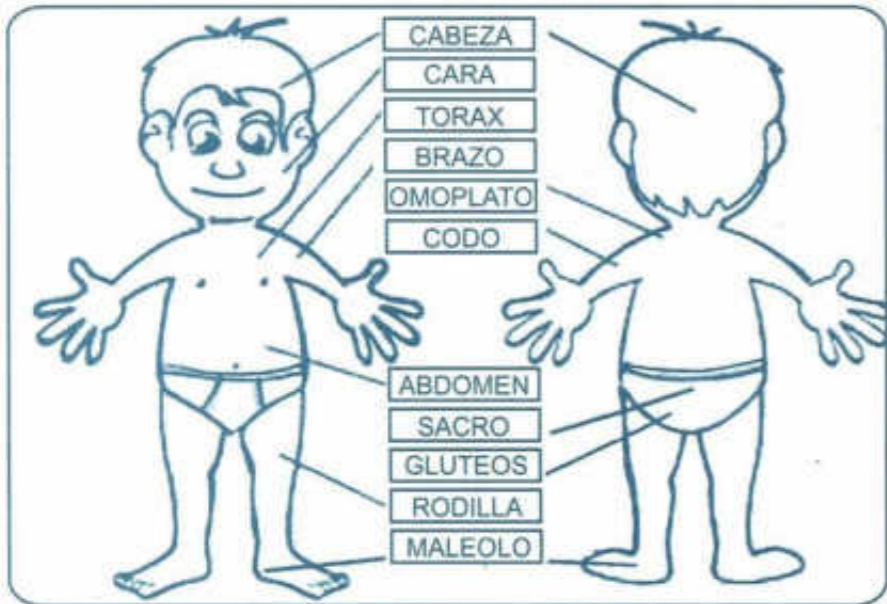
Form for monitoring and planning, including Telemetry, Cardiac Monitoring, PICC, and a general care plan (PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA).

Referencia: Marcar con una (X) cuando corresponda. / SI-NO en casilleros combinados utilice la primer letra / cuando no aplique tache el casillero

307

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Arnett (+ de 12 puntos riesgo de lesión)  
Observaciones:

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental		0	0
Incontinencias			
Doble puntuación		6	6
Actividades		4	4
Doble puntuación		4	4
Nutrición		1	1
Integridad Cutánea		0	0
Sensibilidad Cutánea		0	0
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>15</b>

Valorización según la escala de Arnett (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la oponible muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

### TM Observaciones Asistenciales

### Observaciones de Medicación:

Firma y sello Enf. Asistencial

Firma y sello Enf. Medicación

### TT Firma y sello Enf. asistencial RECIBE

### Firma y sello Enf. Medicación RECIBE

Observaciones Asistenciales Buena ocupación de familia, pero de un P. Presenta 2 AVP en MSD por lo cual se suspendió PHP a 60 ml/h. Día (+) en pañal se reduce la g. en Arnett, 15<sup>o</sup> refiere dolor abdominal se envía a pediatría peduoda por pediatra Eugenia que atiende. Inducido por empuje de Dr. Jaiionch buenos ingesta 2<sup>o</sup> refiere cefalea se envía a pediatra Victoria quien indica a Pt sin vomitos

Observaciones de Medicación:

se administró últimos días de APT - se reduce PHP de 60 ml/h a 10 ml/h. (evolutivo)

FERNANDEZ OLGA VERONICA  
ENFERMERA PROFESIONAL  
M.N. 75807 M.P. 121491

FERNANDEZ OLGA VERONICA  
ENFERMERA PROFESIONAL  
M.N. 75807 M.P. 121491

### TN Firma y sello Enf. asistencial RECIBE

### Firma y sello Enf. Medicación RECIBE

Observaciones Asistenciales Pte vital reactivo, el apoyo farmacológico oral. presenta 2 AVP MSD. 9 PHP con g. divisos (+) en pañal, acompañado por su mamá

Observaciones de Medicación: Recibe medicación 2x/d

TORDOYA GABRIELA  
Firma y sello Enf. Asistencial

TORDOYA GABRIELA  
Firma y sello Enf. Medicación

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.			Der/Izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasuit				TM	Aquí lesión en piel por AVP			
según ind. med.				TT	sin lesiones por decúbito			
eval. plastica				TN				

### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.	
Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual ?		
RX ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="checkbox"/>	hs. finalización	<input type="checkbox"/>	

### Colocación de Dispositivos invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Vía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.  
Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada   
FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda   
Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
Prepar. Cx Hoja Preq.  Camisolín  Botas  Consent.   
Descanso Nocturno: Bueno  Regular  Malo

### Traslado de Pacientes

LUGAR   
Hs. Salida   
LUGAR   
Hs. Salida

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

FECHA: 30/03/22 CAMA 208 PESO 24<sup>80g</sup> TALLA      EDAD 8d  
 DIAGNOSTICO Reambio OVP ALERGIAS     

AISLAMIENTO SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAIDA: SI  NO   
 Contacto Respiratorio   Valor de Escala AAA  
 Garmen  NEUTROPENICO

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 196181  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

HORARIO	08 hs.	17 hs.	10:20 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
Presión Arterial	105/72/80	105/58/68	103/64 (72)														
Frec. Cardíaca	76	75	93v'														
Frecuencia Respiratoria	18	16	25v'														
Temperatura Axilar / Central	35.4	36.4	36.1														
Saturación Cerebral																	
Saturación O2% / ETCO2	94%	100%	99%														
PVC/PIA																	
PIC/PPC																	
Glucemia / Corrección																	
Glasgow		14/11	14/11														
Pupilas		5/11	5/11														
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	17 hs.	10:20 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP <u>60 + medicación</u>	150	207/410	180/590														
Expansión																	
Hemoderivados																	
Aliment. Ent. ( M/hs.)	150 v.d	-/150	150														
INGRESOS TOTALES			740														
EGRESOS	08	12	15:20														
DIURESIS (Espontáneo* - Cateterismo*)	90	-/90	90														
SNG / EMESIS																	
CATARSIS (Sólida - Blandaz - Diarreicas)																	
DRENAJES 1)																	
2)																	
PH/ CETONURIA																	
DENSIDAD																	
EGRESOS TOTALES			90														
BALANCES			+650														

Horarios	08	17	10:20	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
MOVILIDAD	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI
Normal	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I
Pleja																	
Paresia	Leve																
	Moderada																
	Grave																

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.		/	
VC/PS		/	
FIO2/PEEP		/	
B-PAP			

PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA			
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	/	/	/
Control de Ingresos Hidrico	/	/	/
Control de Eliminación	/	/	/
Control Piel / herida	/	/	/
Asegurar un buen descanso	/	/	/
Manejo del dolor	/	/	/
Riesgos de caída	/	/	/
Administración de fármcos	/	/	/
Comunicación efectiva	/	/	/
Monitoreo continuo	/	/	/
Evaluar nivel de conciencia	/	/	/
Asegurar una adecuada Respiración	/	/	/
Higiene diaria	/	/	/
Aislamiento infectológico	/	/	/
Control de ansiedad	/	/	/
Apoyo nutricional	/	/	/
Movilización	/	/	/
Identificación permanente	/	/	/
Educación del paciente	/	/	/
Higiene oral	/	/	/

TRASTORNO MOTOR		08	17	10:20
Marcha	Si No	Si	Si	Si
Equilibrio	Si No	Si	Si	Si
Coordinación	Si No	Si	Si	Si
Sosten. Cefalic.	Si No	Si	Si	Si
Se para	Si No	Si	Si	Si
Se sienta	Si No	Si	Si	Si
Camina	Si No	Si	Si	Si

ESTADO MENTAL		08	17	10:20
Lúcido	Si No	Si	Si	Si
Delirio / excitación	Si No	Si	Si	Si
Agresivo / Colaborador	Si No	Si	Si	Si
Coma / Est. Vegetativo	Si No	Si	Si	Si
Min. Conciencia / Est. Cautiverio	Si No	Si	Si	Si
Estupor / Somnolento	Si No	Si	Si	Si

Comunicación		08	17	10:20
Gestual / Vocal / Verbal	Si No	Si	Si	Si
Conversa normalmente	Si No	Si	Si	Si
Palabras / Charlas	Si No	Si	Si	Si

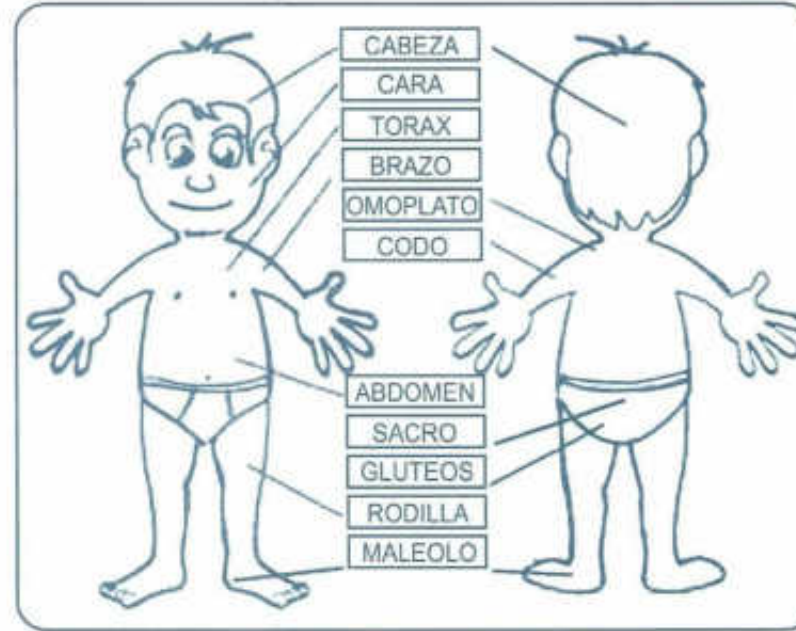
GLOSOS / BALBUCEOS		08	17	10:20
Gesos / Balbuceos	Si No	Si	Si	Si
Afasia expresión	Si No	Si	Si	Si
Dislalia	Si No	Si	Si	Si
No responde	Si No	Si	Si	Si

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Via Periferica (VP) MS D		29/03	Traqueo / T. endo.		
Via Periferica (VP) MS D		29/03	Arm. / B-Pal.		
Via Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilorico		
Cateter Lental y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomia		
Femoral			Yeyunostomia		
C. Percutaneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	OTM	TT	TN
Incontinencias Doble puntuación	6	6	
Actividades Doble puntuación	6	6	
Movilidad Doble puntuación	6	6	
Nutrición	0	0	
Integridad Cutánea	0	0	
Sensibilidad Cutánea	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	



Valorización según la escala de Amel ( $\geq$  de 12 puntos riesgo de lesión)

### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsara de Identificación	SI	SI	SI	Curación de Via Perif.			
Baño en cama				Curación de Via Central			
Baño Pre-quirurgico				Curación de Herida			
Higiene y Confort				1)			
Cambio de ropa de cama				2)			
Higiene Bucal				Aspiración Subglotica SI/No			
Lavado / Protección ocular				Curación Gastro / Yeyun			
Rasurado Quirurgico				Curación Percutánea			
Fijación y Rotación TeT				Curación de Ostomas			
Conf. de Balón TeT/Traq (cm H2O)				Curación Cateter de PIC			
Rotar Sensor O2 / PNI				Vendaje Cefálico			
Fijación de Sonda Vesical				Compresión Neumática			
Fijación de Sonda Enteral				Medias antitrombótica			
Cateterismo Vesical				Manta Térmica/Caloventor			
Aspiración Secreción				O2 Terapia ( Ltss')			
Prevención Úlceras				Asp. Ctrua. Pleural (cmH2O)			
1) Colchón de aire				Inductor de Tos			
3) Silicona Spray				Elevación de MMSS			
4) Cambio decúbito				Elevación de MMII			
5) Parche Hidrocotoides				Cabeceira 0° / 30° / 45°			30
Collar Cervical / Corslet				Alineación de la Cabeza			
Hipotermia Inducida				Control pulso post-hemodinamia			
Realización de ECG				Otros:			
Valvas MMSS				Otros:			
Valvas MMII				Otros:			

Verificación según la escala de Amel ( $\geq$  de 12 puntos riesgo de lesión)

**CLASIFICACIÓN**  
 Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal  
 Grado II: Llega hasta el plano de la epidermis muscular  
 Grado III: Compromete el plano muscular  
 Grado IV: Llega al plano periósteo y óseo

Observaciones: \_\_\_\_\_

Marcar con un círculo el lugar lesionado  
 Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y /o izquierdo de donde se localiza la lesión

Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros	
		Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.			Der./Izq.		
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES					
Según protocolo				TM	Sin lesiones x decubitos				
Según Ind. Médica				TT	" " " " " "				
Evaluación plásica				TN					

Cambio de Tubuladuras y otros	X1			X2			X3		
	1) Periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Percutáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Enteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de Sol. Larv. O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio Filtro Humid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuito de ARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTUDIOS	R		P	
	RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografía
TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>
RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>
Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transesofágico	<input type="checkbox"/>
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>
EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrobroncoscopi.	<input type="checkbox"/>
Pot. Evocat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Punción Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

AYUNO  MOTIVO \_\_\_\_\_

Preparación Quirúrgica  Camión   
 Hoja Prequirúrgica  Consent.   
 Betas   
 Goro

Acompañantes TM TT TN  
 Parentesco  *Mami*  
 Autorización Permanencia

Sujeción Mecánica Autorizada SI NO  
 Descanso Nocturno Bueno  Regular  Malo

BACTERIO - LABORATORIO			
Muestras	Env	Pend	Guarda Helic
LCR			SI NO
LUCKENS			SI NO
UROCULTIVO			SI NO
HEMOCULT(x )			SI NO
PUNTA CATETER			SI NO
HISOP. NASAL			SI NO
HISOP. ANAL			SI NO
EXTRACCIÓN BANG			SI NO
BAL			SI NO
OTROS			SI NO

RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		
	hs.	Fecha
Comienzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra Enviada	<input type="checkbox"/>	hs. _____
Muestra Guardada	<input type="checkbox"/>	hs. _____
Heladera	<input type="checkbox"/>	
Orina Completa	<input type="checkbox"/>	
Enviada	<input type="checkbox"/>	hs. _____
Pendiente	<input type="checkbox"/>	
Vol. Total Enviado	<input type="checkbox"/>	ml

TRASLADO DE PACIENTE		
LUGAR		Hs. Salida
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM Paciente con buen manejo del dolor, afeitado. AVP x 2 en MSD en una unidad de PPD a 60 ml, para ingesta líquida de un litro, buena tolerancia, diuresis copiosa en punto, (2000 ml), huda 9x cubeta con coque seco y limpia.

PENDIENTES: *Román E. Cristóbal*  
 Lic. Enfermería  
 M. 72531 M. 12504

TT Pate estado por mejorar mantenidos, lavado de limpio y seco. Pate con 2 oc. perf. en 17:50. con PPD a los 18:15 y se de la tubos nuevo y se pate q responde preguntas. Poco ingesta oral con espesor.

TN *Diuresis 2000ml en punto. Dep*  
 Ayer solo hisopado de vigilancia.

PENDIENTES: *Andrés*  
 Lic. Enfermería  
 M. 72531 M. 12504

PENDIENTES:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE

EVALUACION SEDACION	
Horario	08
Valor de escala	---
Sedación SI / NO	---
Sedación Continua SI / NO	---
Pesp. Post Sedación	---

EVALUACION DEL DOLOR	
Horario	08
Intensidad del Dolor (0-10)	0/10
Admin. Analgésicos SI / NO	---
Respuesta Post Analgesia	---
Rescate Analgesia SI / NO	---

En "Sección" se vinculan aquellos estudios o procedimientos no realizados. Si no haber generado la Planilla se incorporará la leyenda "No realizado"



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

FECHA: 20/3/22 CAMA 208 PESO 24.300 TALLA EDAD 6a

AISLAMIENTO: SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAÍDA: SI   
 Contacto:  Respiratorio:  NO   
 Germen:  Valor de Escala:   
 NEUTROPENICO:

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 196181  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

DIAGNOSTICO: Secundario DVP ALERGIAS:

HORARIO	15:00 hs	17:00 hs	20:45 hs	22:00 hs	00:00 hs	03:00 hs	06:00 hs								
Presión Arterial	84/54 (62)	85/55 (62)	77/55 (59)	—	108/73 (80)	98/61 (85)	114/79 (87)								
Frec. Cardíaca	78x'	107x'	74x'	68x'	67x'	63x'	95x'								
Frecuencia Respiratoria	26x'	24x'	17x'	14x'	16x'	16x'	16x'								
Temperatura Axilar / Central	36.2°	35.5°	36.2°	—	35.8°	35.2°	36.0°								
Saturación Cerebral	—	—	—	—	—	—	—								
Saturación O2% / ETCO2	97%	98%	100%	100%	100%	100%	100%								
PVC/PIA	—	—	—	—	—	—	—								
PIC/PPC	—	—	—	—	—	—	—								
Glucemia / Corrección	—	—	—	—	—	—	—								
Glasgow	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15								
Pupilas	—	—	—	—	—	—	—								
INGRESOS / HORARIOS	—	—	—	—	—	—	—								
PHP = 60 ml / ds	—	—	—	—	—	—	—								
ATB	—	—	—	—	—	—	—								
VO	—	—	—	—	—	—	—								
Expansión	—	—	—	—	—	—	—								
Hemoderivados	—	—	—	—	—	—	—								
Aliment. Ent. (Mts.)	—	—	—	—	—	—	—								
INGRESOS TOTALES	—	—	—	—	—	—	—								
EGRESOS	—	—	—	—	—	—	—								
DIURESIS (Espontáneo - Catéctico)	100 (1)	—	—	—	—	—	—								
SNG / EMESIS	—	—	—	—	—	—	—								
CATARSIS (Sólida - Blandiz - Diarreicas)	—	—	—	—	—	—	—								
DRENAJES 1)	—	—	—	—	—	—	—								
2)	—	—	—	—	—	—	—								
PH/ CETONURIA	—	—	—	—	—	—	—								
DENSIDAD	—	—	—	—	—	—	—								
EGRESOS TOTALES	100	—	—	—	—	—	—								
BALANCES	—	—	—	—	—	—	—								

Horarios	T				N				T				N			
	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS
MOVILIDAD	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D	I	D
Normal																
Pleja																
Paresia																
Leve																
Moderada																
Grave																

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.	/	/	/
VC/PS	/	/	/
FIO2/PEEP	/	/	/
B-PAP	/	/	/

PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA	TM			TT			TN		
Control de Signos Vitales	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Control de Ingresos Hidrico	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Control de Eliminación	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Control Piel / herida	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Asegurar un buen descanso	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Manejo del dolor	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Riesgos de caída	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Administración de fármcos	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Comunicación efectiva	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Monitoreo continuo	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Evaluar nivel de conciencia	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Asegurar una adecuada Respiración	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Higiene diaria	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Aislamiento infectológico	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Control de ansiedad	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Apoyo nutricional	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Movilización	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Identificación permanente	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Educación del paciente	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Higiene oral	/	/	/	/	/	/	/	/	/

TRASTORNO MOTOR		T	N
Marcha	Si No	/	/
Equilibrio	Si No	/	/
Coordinación	Si No	/	/
Sosten Cefalic.	Si No	/	/
Se para	Si No	/	/
Se sienta	Si No	/	/
Camina	Si No	/	/

ESTADO CONSCIENTE		T	N
Lúcido		/	/
Delirio / excitación		/	/
Agresivo / Colaborador		/	/
Coma / Est. Vegetativo		/	/
Min. Conciencia / Est. Cautiverio		/	/
Estupor / Somnolento		/	/

Comunicación	T	N
Gestual / Vocal / Verbal	/	/
Conversa normalmente	/	/
Palabras / Charlas	/	/

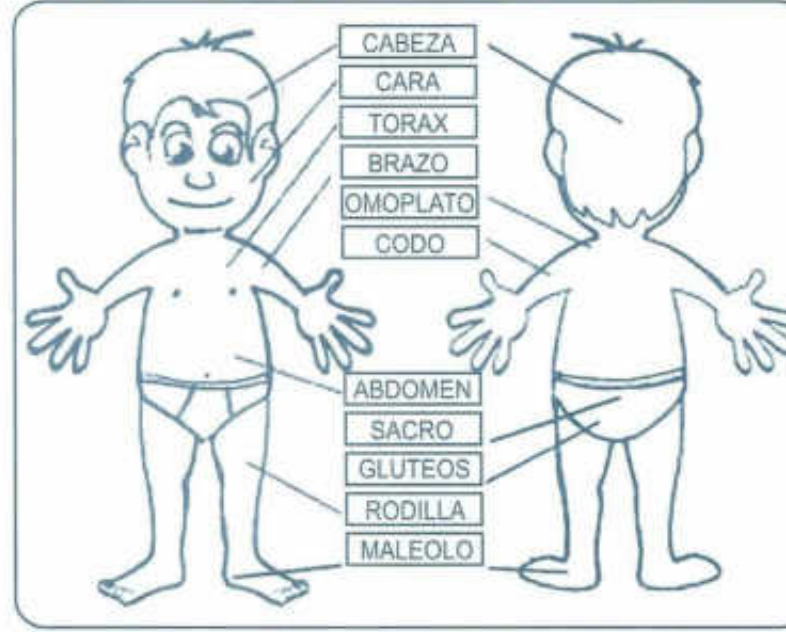
Gesos / Balluceos		T	N
Más expresión		/	/
Disartria		/	/
No responde		/	/

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Vía Periférica (VP) HGS	D	29/03	Traqueo / T. endo.		
Vía Periférica (VP) HGS	D	29/03	Arm. / B-Pal.		
Vía Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilórico		
Cateter Lental y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomia		
Femoral			Yeyunostomia		
C. Percutáneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	TM	TT	TN
Incontinencias		6	6
Doble puntuación			
Actividades		6	6
Doble puntuación			
Movilidad		6	6
Doble puntuación			
Nutrición		0	0
Integridad Cutánea		0	0
Sensibilidad Cutánea		0	0
TOTAL		18	21



BACTERIO - LABORATORIO			
Muestras	Env	Perd	Guarda Helic
LCR			SI NO
LUCKENS			SI NO
UROCULTIVO			SI NO
HEMOCULT(x)			SI NO
PUNTA CATETER			SI NO
HISOP. NASAL			SI NO
HISOP. ANAL			SI NO
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO
BAL			SI NO
OTROS			SI NO

RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		
	hs.	Fecha
Comienzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra Enviada	<input type="checkbox"/>	hs.
Muestra Guardada	<input type="checkbox"/>	hs.
Hieladera	<input type="checkbox"/>	
Orina Completa	<input type="checkbox"/>	
Enviada	<input type="checkbox"/>	hs.
Perdiente	<input type="checkbox"/>	
Vol. Total Enviado	<input type="checkbox"/>	ml

TRASLADO DE PACIENTE		
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsera de Identificación	Si- <input checked="" type="checkbox"/>	No- <input checked="" type="checkbox"/>	Si- <input checked="" type="checkbox"/>	No- <input checked="" type="checkbox"/>	Curación de Vía Perif.		
Baño en cama					Curación de Vía Central		
Baño Pre-quirurgico					Curación de Herida		
Higiene y Confort					1)		
Cambio de ropa de cama					2)		
Higiene Bucal					Aspiración Subglótica Si / No		
Lavado / Protección ocular					Curación Gastro / Yeyun.		
Rasurado Quirúrgico					Curación Percutánea		
Fijación y Rotación TeT					Curación de Ostomas		
Cont. de Balón TeT/Traq.(con H2O)					Curación Cateter de PIC		
Rotar Sensor O2 / PNI					Vendaje Cefálico		
Fijación de Sonda Vesical					Compresión Neumática		
Fijación de Sonda Enteral					Medias antitrombotica		
Cateterismo Vesical					Manta Térmica/Calorventor		
Aspiración Secreción					O2 Terapia ( Ltsx )		
Prevención Úlceras					Asp. Citius. Pleural(cmtu)		
1) Colchón de aire					Inductor de Tos		
3) Silicona Spray					Elevación de MMSS		
4) Cambio decúbito					Elevación de MMII		
5) Parche Hidrocoloides					Cabecera 0° / 30° / 45°		30°
Collar Cervical / Corset					Alineación de la Cabeza		
Hipotermia Inducida					Control pulsos post-hemodinamia		
Realización de ECG					Otros:		
Valvas MMSS					Otros:		
Valvas MMII					Otros:		

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

**CLASIFICACIÓN**  
 Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal  
 Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular  
 Grado III : Compromete el plano muscular  
 Grado IV : Llega al plano periósteo y hueso

Observaciones:

Marcar con un círculo el lugar lesionado  
 Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y/o izquierdo de donde se localiza la lesión

Clasificación	Saca	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros	
		Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.			Der./Izq.		
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES					
Según protocolo				TM					
Según Ind. Médica				TT					
Evaluación plástica				TN	Sin lesiones x decúbito				

Cambios de Tubuladuras y otros				Estudios Realizados				AYUNO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO: ex de estudio de nivel	
	X1	X2	X3	ESTUDIOS	R	P	ESTUDIOS	R	P
1) Periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Percutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Enteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de Sol. Lav. O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio Filtro Humid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibranbronoscop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuito de ARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pot. Evocat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punción Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVOLUCION DE ENFERMERIA	
TM	
PENDIENTES:	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE
TT Este q' ingreso para ex prog. de reevaluación de nivel de des. Se encuentra bien protegido. Bajo progr. Se intento colocar ca. perif. no resultado ob? Bajo ex expir a los 18:30. Regreso a expir con 2 vías perif. en nivel se colocó PTRA 60ml/h. Licitado. Pate q' al alimento con expir. por momento expirado.	
PENDIENTES:	de base q' por una muestra de lic. en enfermería
TM Pate. V. sil. reactiva, responde a preguntas simples. Expone manera del dolor. Nivel tolerancia de líquidos con espasmo + med. peridural. V. ha de abierto con gases en pericardio derecho L y S. 4AUP en USD expir a bene fl. 4AUP en USD 1/2 h. permanece normotensa, a flm. Decimo en el nivel. Discreta H+resp. Duido un cam. posicio de la mano. Ques. Se os servo edema periorbita lateral.	
PENDIENTES:	Argenta Alicantara Lic. en Enfermería M.N. 85324
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE

EVALUACION SEDACION	
Horario	
Valor de escala	
Sedación Si / NO	
Sedación Continua Si / NO	
Pesp. Post Sedación	

EVALUACION DEL DOLOR	
Horario	
Intensidad del Dolor (0-10)	
Admin. Analgésicos Si / NO	
Respuesta Post Analgesia	
Rescate Analgesia Si / NO	

EVALUACION DEL DOLOR	
Horario	
Intensidad del Dolor (0-10)	
Admin. Analgésicos Si / NO	
Respuesta Post Analgesia	
Rescate Analgesia Si / NO	



F0345

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA NEUROCIRUGÍA GENERAL**

Fecha

5  
Día

05  
Mes

2011  
Año

Documento

Tipo

N°

Apellido y Nombre

Rios Juarez Luana

**DIAGNOSTICO PREVIO**

Defecto en nivel L4/L5

**ESTADO DE SALUD**

craneal a patología de base

**PROCEDIMIENTO PROPUESTO**

Urgencia

Programado

laminectomía L4/L5

El procedimiento quirúrgico implica la realización de un abordaje quirúrgico específico para la patología a resolver. Se me explicó la posibilidad de modificar el plan quirúrgico inicial en base a los hallazgos quirúrgicos, a distintas contingencias que pueden presentarse (como sangrado, edema cerebral o aumento de la presión dentro del cráneo) o a los resultados de la biopsia realizada durante el acto quirúrgico.

Además, se me ha informado sobre la posibilidad que el resultado de la biopsia diferida (luego de la cirugía) pueda no coincidir con el informe realizado durante la cirugía (congelación), en cuyo caso se podrá requerir una nueva toma de tejido o cambios en el plan terapéutico propuesto previo a la cirugía.

Me informaron sobre las posibilidades de requerir estabilización del raquis y las complicaciones y ventajas de los distintos sistemas protésicos disponibles. Me han explicado sobre las distintas opciones de incisiones de piel (en base al abordaje quirúrgico requerido) y la eventual necesidad de rasurar el área quirúrgica (con las implicancias que pueda tener en el posterior en el recrecimiento del pelo).

Me otorgaron indicaciones de la preparación previa a la cirugía, incluyendo los estudios preoperatorios a realizar, el ayuno previo, baño pre quirúrgico, medicaciones a evitar y/o suspender y los plazos requeridos para reiniciarlas. Además, me fueron mencionados los días estimados de internación, los plazos que se consideran necesarios para esperar mejorías, los tratamientos de rehabilitación que podré necesitar (con internación en centros especializados o en domicilio) y las restricciones laborales y físicas que esta cirugía me implicar.

**BENEFICIOS ESPERADOS**

El tratamiento quirúrgico propuesto tiene como objetivo intentar mejorar los síntomas y las alteraciones físicas que la patología de base está produciendo o en su defecto, detener su progresión.

**RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS ADVERSOS**

Toda intervención quirúrgica lleva implícita una serie de complicaciones potencialmente serias que pueden hacer variar la técnica operatoria programada, requerir métodos de estudio y tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un porcentaje de daño cerebral severo (estados de mínima conciencia y/o vegetativo) y mortalidad.

**Infecciosas:** Infección del abordaje quirúrgico, herida quirúrgica, estructuras neurológicas y líquido cefalorraquídeo (meningitis), infección local o diseminada grave.

**Sangrado:** Lesión de estructuras vasculares, hemorragia intracraneana, sangrado nasal, en caso que se requiera se realizará la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

**Neurológicas:** Fístula de líquido cefalorraquídeo (con la consiguiente necesidad de tratamiento), ingreso de aire a presión en la cavidad craneana, convulsiones, epilepsia, acumulación de líquido cefalorraquídeo con la posibilidad de requerir cirugías de

FIRMA MÉDICO:

FIRMA PACIENTE o RESPONSABLE:

derivación, problemas de visión, accidente cerebrovascular, modificaciones de la presión intracraneana, posibilidad de desarrollar oclusión parcial o total de arterias (vasoespasmos), pérdida de la fuerza y/o sensibilidad en el cuerpo, cara, labio, dientes y/o extremidades, caída del párpado superior, visión doble, trastornos del lenguaje tanto en la comprensión como en la expresión, disminución de la audición, alteración de la deglución pudiendo requerir de una traqueotomía (pequeño orificio en la tráquea) y/o gastrostomía (pequeño orificio en el estómago, para introducir una sonda de alimentación), pérdida del olfato, disminución del gusto, cambios en el sueño, mareos, vértigos posturales, cambios de conducta y/o personalidad, alteraciones del patrón de sed y hambre, incontinencia de orina y materia fecal, diabetes insípida transitoria o definitiva, impotencia sexual, esterilidad, dolores de cabeza o de cara y alteraciones cognitivas. En caso de producirse aumento de la presión intracraneana durante la cirugía, refractaria al tratamiento médico, puede ser necesario no colocar el fragmento de huso del cráneo retirado durante la apertura (desplacamiento). En estos casos, el mismo puede ser guardado en el plano graso de la región abdominal o en un freezer especial, para posteriormente, en un segundo tiempo, ser reimplantado. A su vez, en base a la severidad del cuadro clínico, una vez finalizada la cirugía puede existir la posibilidad de permanecer en estado de coma farmacológico hasta que las condiciones neurológicas mejoren.

**Dolor:** Dolor de cabeza, abdominal o del sitio donde se tomó el injerto, dolor herida quirúrgica.

**Otros:** Alteración de la sensibilidad de la córnea, úlcera corneal, alteración de la sensibilidad de los dientes, retracción de las encías, síndrome de ojo congelado con imposibilidad de moverlo, hernias abdominales, aumento o disminución de peso, disminución de la secreción de hormonas (pudiendo requerir tratamiento de sustitución con distintas hormonas en forma transitoria o de por vida), persistencia de los síntomas previos a la cirugía o agravamiento de los mismos, alteraciones sensitivas en la zona de la cicatriz quirúrgica, sinusitis, trombosis venosa, embolia de pulmón, arritmias cardíacas, muerte durante el acto quirúrgico o en el post operatorio.

Las complicaciones podrán requerir de tratamientos específicos, incluyendo cirugías, así como prolongar la internación más allá de lo previsto inicialmente (en sala general, Unidad de Cuidados Intensivos y/o Centros de rehabilitación).

#### ESPECIFICAR ALTERNATIVAS: RIESGOS Y BENEFICIOS

Se me ha informado las distintas opciones terapéuticas alternativas al momento del diagnóstico, especificándose las ventajas y desventajas de cada una, las tasas de efectividad y complicaciones posibles de dichos procedimientos.

#### CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

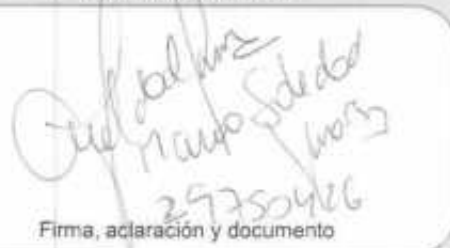
Se me explicó la historia natural de mi patología y el riesgo que implica no recibir el tratamiento propuesto, incluyendo el desarrollo de convulsiones, daño neurológico motor o sensitivo, cefalea, dolor neuropático por alteraciones nerviosas, trastornos del sueño, del estado de conciencia, ceguera, visión doble, alteraciones cognitivas, de memoria, incontinencia de orina, alteraciones de la marcha, afecciones deglutorias y/o de la fonación, trastornos de personalidad e incluso mortalidad.

Luego de toda la información brindada, dejo debida constancia de haber recibido en forma clara y sencilla las explicaciones e información relevante del procedimiento que se me va a realizar, las cuales están contenidas en este escrito que he leído. Asimismo, todas mis dudas y preguntas han sido convenientemente aclaradas y he comprendido toda la información que se me ha proporcionado.

Consiento y autorizo además, a la ejecución de prácticas médicas y procedimientos auxiliares que resulten necesarios, producto de situaciones imprevistas y que los médicos puedan considerar útiles o convenientes.

Sin perjuicio de lo expuesto, dejo constancia también que tal como se me ha explicado, toda la información médica será tratada con la debida confidencialidad y reserva, cumpliendo con las pautas y recaudos establecidos por la ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326). Consiento, entonces, la presencia de observadores, dispuesta por la Institución, así como la filmación o fotografía con fines docentes, pero preservando mi identidad. Dejo constancia de haber sido informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo al procedimiento, bajo mi responsabilidad, conforme a lo que dispone la legislación vigente (Ley 26.529).

PACIENTE / RESPONSABLE  
(especificar vínculo)

  
Firma, aclaración y documento

MÉDICO

  
Firma y sello

Observaciones: .....

INTERNACIÓN: 197.195

HISTORIA CLÍNICA NRO.: 749.275

ECHA: 31/05/2022

HABITACIÓN: 204

IVA: 21%

ORA: 11:50

CAMA: 1

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

ente : 749.275

Cuenta Corriente : 749.275

Apellido y Nombre : RIOS JUAREZ, LUANA

País Nacimiento :

Edad: 8 Sexo : Femenino

Fecha de Nacimiento: 22/07/2013

Tipo y Nro. Docum. : DNI 53.123.159

Estado Civil : Casado

Ocupación :

Domicilio Partic. : BARRIO LAS ACACIAS MANZANA C CASA 03 - YERBA BUENA C.P.:

Localidad : Yerba Buena Prov. : Tucumán

Teléfono Partic. : 0381-5575959

ENTIDAD	PLAN	CREDENCIAL	CONTACTO	TELÉFONO	IVA
---------	------	------------	----------	----------	-----

POR LA PRESENTE AUTORIZO A F.L.E.N.I. A REALIZARME TODAS AQUELLAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE CONSIDERE ADECUADAS PARA LA DETECCIÓN DIRECTA O INDEIRECTA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SUS ANTICUERPOS EN MI ORGANISMO.

**DATOS DEL FAMILIAR, TUTOR O RESPONSABLE**

Apellido y Nombre : JUAREZ MARIA SOLEDAD

Fecha de Nacimiento :

Tipo y Nro. Docum. : 29.750.426

Relac. c/Paciente :

Domicilio : BARRIO LAS ACACIAS MANZANA C casa 3 C.P.: 4.107

Localidad : Yerba Buena Prov.: : Tucumán

Teléfono : 0381-5575959

Observaciones :

EL SERVICIO DE ACOMPAÑANTE QUE NO SEA CUBIERTO POR LA OBRA SOCIAL/PREPAGA, QUEDARÁ A CARGO DEL PACIENTE.  
VALOR POR NOCHE \$ 3.290,28 final.

NOTA: EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD NO CUBRE DICHO SERVICIO.

LOS ABAJO FIRMANTES CUYOS DATOS PERSONALES CONSTAN PRECEDENTEMENTE, SE CONSTITUYEN EN CODEUDORES SOLIDARIOS, LISOS Y LLANOS Y PRINCIPALES PAGADORES CON RENUNCIA A LOS BENEFICIOS DE EXCUSIÓN Y DIVISIÓN, DE TODOS LOS GASTOS SANATORIALES, PENSIONES, DERECHOS, INSUMOS, HONORARIOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO CARGO QUE SE GENERE POR LA INTERNACIÓN Y SERVICIOS QUE SE PRESTEN, OBLIGÁNDONOS SOLIDARIAMENTE AL PAGO DE TALES CONCEPTOS EN EL MOMENTO EN QUE F.L.E.N.I. LO REQUIERA O EN OPORTUNIDAD DE PRODUCIRSE EL ALTA DEL PACIENTE, DESTACANDO ADEMÁS QUE NO CORRESPONDE O PONERLE A F.L.E.N.I. LAS CUESTIONES RELATIVAS A LOS ALCANCES DE LA COBERTURA CONTRATADA CON LA ENTIDAD DE MEDICINA PREPAGA U OBRA SOCIAL A LA QUE PERTENECE EL PACIENTE.  
LOS FIRMANTES RECIBEN EN ESTE ACTO UN EJEMPLAR DEL REGLAMENTO DE INTERNACIÓN DE F.L.E.N.I.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL FAMILIAR, TUTOR  
O RESPONSABLE

MÉDICO RESPONSABLE COSTALES, GUSTAVO ANDRES

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.

El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.

La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

ID: Rios Juarez Nombre: Luana

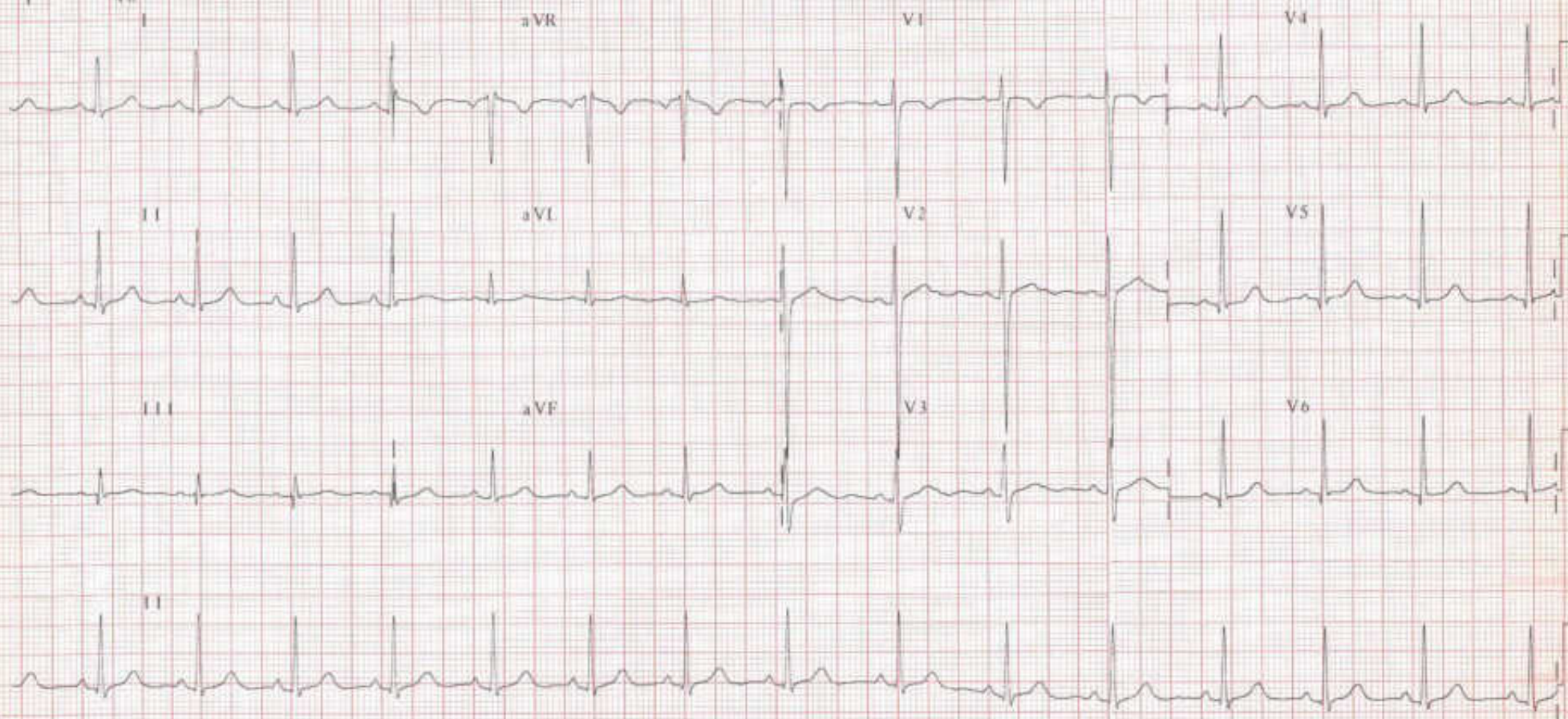
RIOS JUAREZ, LUANA  
HC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36410  
Afi:  
Nro Pac: 749275

DNI: 53123159  
OS: PRIVADO  
INT

Free. 89  
PR 132  
DORS 76  
QT 324  
QTc 394

24/5/22  
12h.




--Eje--  
P 41  
QRS 41  
T 46





**PREPARACION AREA QUIRÚRGICA**

**RIOS JUAREZ, LUANA**

HC: 749275  **DNI: 53123159**  
 FNac: 22/07/2013 **OS: PRIVADO**  
 Nombre del Paciente: **Epi: 197195**  **Afi:**  
 Fecha de Nacimiento: **Nro Pac: 749275**  **INT** Nº de H.C. ....

**URGENCIA**  SI  NO

**MOTIVO:**

Cirugía  Endovascular  Gamma Knife  Otros *Cranespectroscopia*

CUIDADOS OPERATORIOS		MEDICACION ACTUAL <small>(HOJA DE INDICACIÓN MÉDICA)</small>	HORA <small>(ÚLTIMA DOSIS)</small>
<b>SI</b>	<b>NO</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paciente identificado con Pulsera (Obligatorio)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uñas despintadas		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Clipado (uso de esquiladora)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Baño prequirúrgico (jabón antiséptico u otro)		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Camisolín, cofia, botas		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paciente con Aislamiento de Contacto		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Paciente con Aislamiento Respiratorio		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sin maquillaje facial		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Dolor - Escala: ..... Nº.....		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Micción espontánea		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Agrupado		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente Alérgico (especificar) <i>no refiere</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Profilaxis tétanos .....		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Portador de infecciones		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ayuno		
	• Última ingesta de sólidos ..... Hs.		
	• Última ingesta de líquidos ..... Hs.		

**FUM:** .....

Probabilidad de embarazo **NO**  **SI**  **Test de embarazo** +  -

**FUERON RETIRADOS:**

Prótesis dentaria  
 Lentes  
 Otros .....

Entregado a: 

Firma: .....

DISPOSITIVOS INVASIVOS:

Sonda vesical

Via periférica

Sonda nasogástrica

Via arterial

Otros: .....

Via central

CONTROLES

Peso: 26 Kp Altura: ..... Sup. corporal: ..... T° 36°  
FC: 103 FR: 20 TA: 62/71 Sat.O2: 100%

PREQUIRURGICO MEDICO:

SI  No

ESTUDIOS ESPECÍFICOS PARA EL PROCEDIMIENTO:

SI  No

MARCADO DE SITIO QUIRURGICO:

SI  No

Profesional que lo realizó: .....

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA:

SI  No

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA:

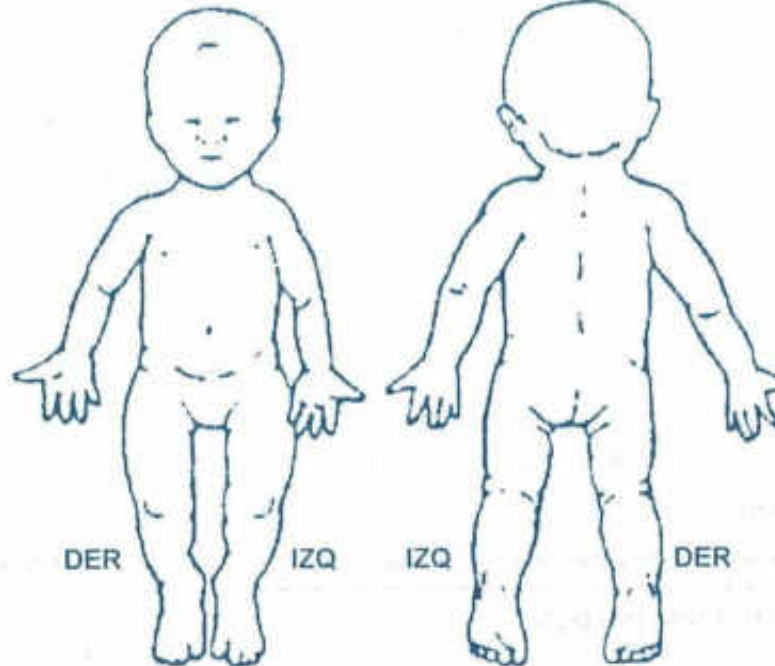
SI  No

MARCADO SITIO QUIRURGICO

< 12 MESES

ANTERIOR

POSTERIOR



Fecha: 31 / 05 / 22 Hora: 14:45

*Abigail Yanny*  
Lic. Enfermera  
M.N. 470  
Firma y sello del enfermero/a



**Fleni** Neurología  
Neurocirugía  
Rehabilitación

RIOS JUAREZ, LUANA

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 197195

Afi:

Nro Pac: 749275



DNI: 53123159

OS: PRIVADO



INT

**EVALUACIÓN PREANESTÉSICA**

Fecha: 31/05/2022

Apellido y Nombre: RIOS JUAREZ LUANA M  F   
 Edad: 8 años Fecha de Nacimiento: DAMBUN Peso: 25kg Talla: Nro. historia clínica:  
 Cirujano: JAIMOVICH - DAMBUN Anestesiólogo:  
 Cirugía Propuesta: Craneoplastia c/ prótesis

**Antecedentes personales:**

- Cardiológicos HTA \_\_\_\_\_  
 Arritmias \_\_\_\_\_  
 Coronariopatías \_\_\_\_\_  
 Valvulopatías \_\_\_\_\_

Respiratorios Patología restrictiva  \_\_\_\_\_  
 patología obstructiva  \_\_\_\_\_

- Nefrológicos  \_\_\_\_\_  
 - Neurológicos  \_\_\_\_\_  
 - Metabólicos  \_\_\_\_\_  
 - Infecciones  \_\_\_\_\_  
 - Alergias  \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos**

SI  NO   
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Anestesia**

General Regional  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**Exámenes complementarios**

Dentro de límites normales

Laboratorio				
Electrocardiograma				

**A.S.A.**

Grado: 1  2  3  4  5   
 Urgencia

**Condición infectológica**

Aislamiento de contacto  
 Aislamiento respiratorio  
 Aislamiento de contacto y respiratorio

Medicación Actual	Dosis	Hora última dosis

**Examen Físico - Vía aérea**

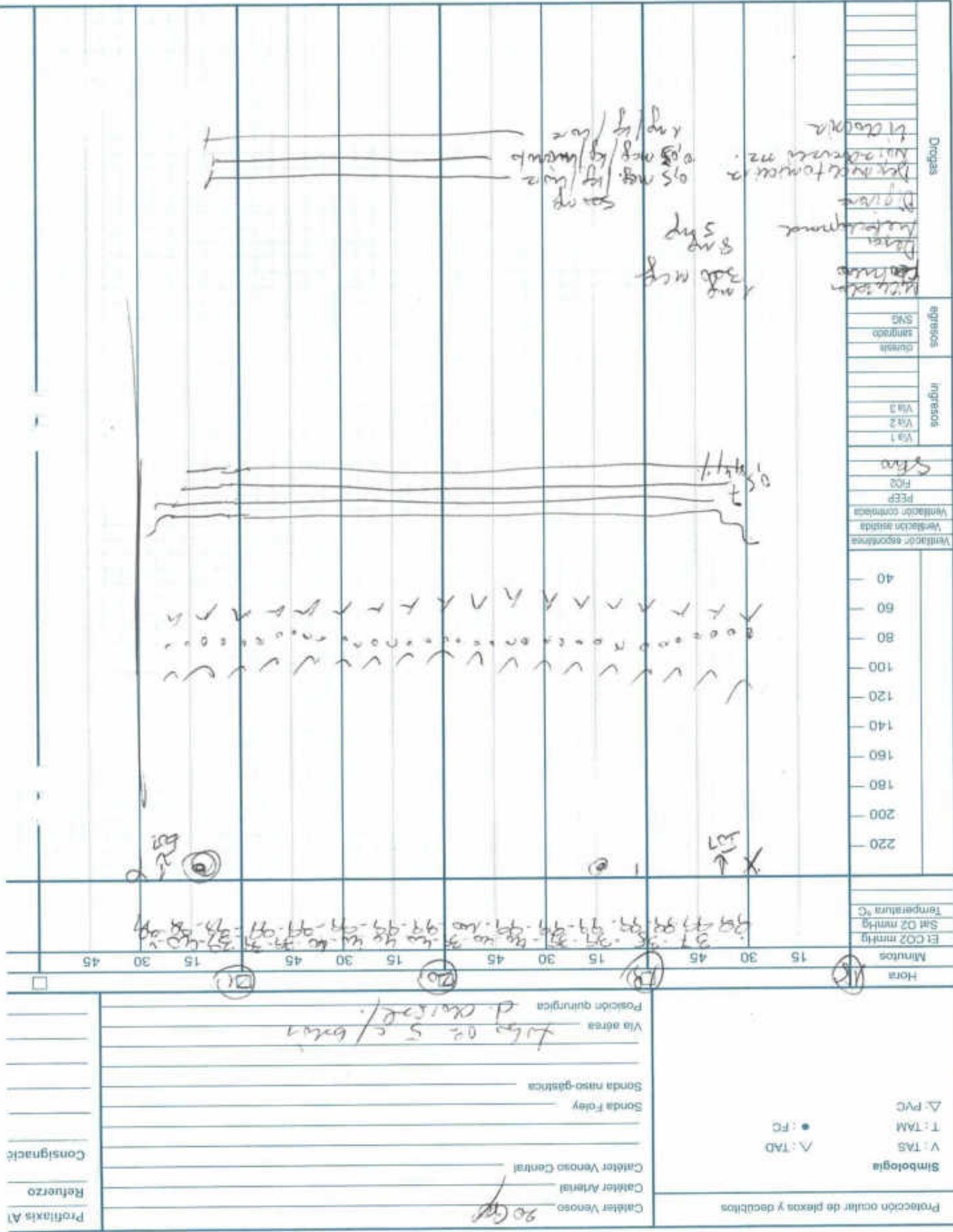
Apertura bucal: 3 Distancia Tiromentoniana: S  
 Mallampatti: I Articulación Temporomandibular: S/P  
 Pieza dental: S/P Prótesis: NO  
 Antecedentes de intubación dificultosa: NO Rigidez Cervical: NO

Consultorio de Evaluación Preanestésico SI  NO

**Indicaciones especiales**

Ayuno: \_\_\_\_\_ hs. sólido / \_\_\_\_\_ hs. líquido

Firma Anestesiista:   
 Nanci Biondini MEDICA M.N. 88042  
 Aclaración Matricula N°



Ventilador espontáneo	
40	
60	
80	
100	
120	
140	
160	
180	
200	
220	

Ventilación asistida	
PEEP	
FiO2	
SpO2	
VIA 1	
VIA 2	
VIA 3	

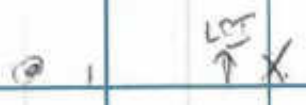
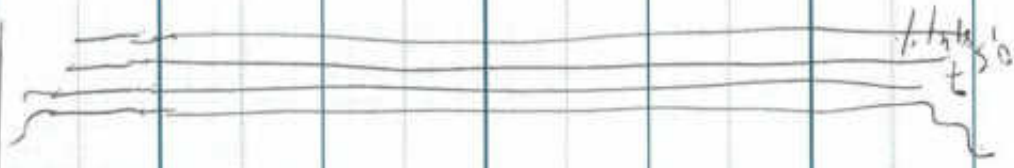
Ingresos	
VIA 1	
VIA 2	
VIA 3	

egresos	
durante	
amplado	
SVA	

M. de...  
 P. de...  
 D. de...  
 M. de...  
 P. de...  
 D. de...  
 M. de...  
 P. de...  
 D. de...

1 mg mcp  
 8 mg  
 5 mg

0.5 mg. 1/4 l/min  
 0.5 mg. 1/4 l/min  
 0.5 mg. 1/4 l/min



37.0 99 37.0  
 37.0 99 37.0  
 37.0 99 37.0  
 37.0 99 37.0  
 37.0 99 37.0  
 37.0 99 37.0

B. Cepstral. 1st 18.40

n de eventos introoperatorios

<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
[Grid area]											

## EGRESO DE QUIRÓFANO

Cirugía realizada: *Cronoplastia de prótesis*

Cirujano: *J. M. V. C. H. / R* Ayudante 1: *P. A. M. P. I. V.* Ayudante 2:

Monitoreo específico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Egreso a piso

Egreso a Hospital de día / Ambulatoria

Derivación a cuidados intensivos

UCO

UTI

Actividad Motora

Ventilación

FC

TA

Nivel de conciencia

Saturación arterial O2

Droga	última dosis	Hora
<i>Morfina</i>	<i>2,5 mg</i>	<i>2,1:00</i>

Indicaciones :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Anestesiólogo

Aclaración

Matrícula N°

*Nanci Biondini*  
MEDICA  
M.N. 82042



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 06/06/22 CAMA 204 PESO 26/15 TALLA      EDAD 8 años  
 DIAGNOSTICO Pcp-Cranioplestia ALERGIAS NO

AISLAMIENTO SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAIDA: SI  NO   
 Contacto  Respiratorio  Germen  NEUTROPENICO   
 Valor de Escala A/R

HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

HORARIO	08 hs	12 hs	14 hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs	hs
Presión Arterial	103/62/71	104/68/76	110/68(26)														
Frec. Cardíaca	113	108	112														
Frecuencia Respiratoria	24	22	24														
Temperatura Axilar / Central	36.7	36.1	36.3														
Saturación Cerebral																	
Saturación O2% / ETCO2	97%	99%	99.7														
PVC/PIA																	
PIC/PPC																	
Glucemia / Corrección																	
Glasgow	15/15		15/15														
Pupilas	5/6																
INGRESOS / HORARIOS	08	11	14														
PHP																	
Expansión			(A)														
Hemoderivados																	
Aliment. Ent. (Mts.)	250	250	250														
INGRESOS TOTALES																	
EGRESOS	08	11	14														
DIURESIS (Espontáneo - Cateterismo)	70	90/160	60/220														
SNG / EMESIS																	
CATARSIS (Sólidos - Blandos - Diarreicas)																	
DRENAJES 1)																	
2)																	
PH/ CETONURIA																	
DENSIDAD																	
EGRESOS TOTALES	70	160	220														
BALANCES	180	190	220														

Horarios	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17	20	23	02	05
MOVILIDAD	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS
Normal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pleja																
Paresia	Leve															
	Moderada															
	Grave															

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.			
VC/PS			
FI02/PEEP			
B-PAP			

	PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA		
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	✓	✓	✓
Control de ingresos Hidrico.	✓	✓	✓
Control de Eliminación	✓	✓	✓
Control Piel / herida	✓	✓	✓
Asegurar un buen descanso	✓	✓	✓
Manejo del dolor	✓	✓	✓
Riesgos de caída	✓	✓	✓
Administración de fármacos	✓	✓	✓
Comunicación efectiva	✓	✓	✓
Monitoreo continuo	✓	✓	✓
Evaluar nivel de conciencia	✓	✓	✓
Asegurar una adecuada Respiración	✓	✓	✓
Higiene diaria	✓	✓	✓
Aislamiento infectológico	✓	✓	✓
Control de ansiedad	✓	✓	✓
Apoyo nutricional	✓	✓	✓
Movilización	✓	✓	✓
Identificación permanente	✓	✓	✓
Educación del paciente	✓	✓	✓
Higiene oral	✓	✓	✓

TRASTORNO MOTOR		08	11	14	17	20	23	02	05
Marcha	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Equilibrio	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Coordinación	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sosten Cefalico	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Se para	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Se sienta	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Camina	Si No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

LÍCIDO		08	11	14	17	20	23	02	05
Delirio / excitación									
Agresivo / Colaborador									
Coma / Est. Vegetativo									
Min. Conciencia / Est. Cauliverio									
Estupor / Somnolento									

Comunicación		08	11	14	17	20	23	02	05
Gestual / Vocal / Verbal									
Conversa normalmente									
Palabras / Charlas									

Gesos / Balbuceos		08	11	14	17	20	23	02	05
Atánia expresión									
Disabla									
No responde									

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 05/06/22 CAMA 204 PESO 26.85 TALLA 1 EDAD 5A

AISLAMIENTO: SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAÍDA: SI  NO   
 Contacto Respiratorio: SI  NO   
 Germen:  Valor de Escala: 4.8  
 NEUTROPENICO: SI  NO

HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

DIAGNOSTICO: PO craneoplastia ALERGIAS: N/R

HORARIO	08:30	12:30	16:30	19:30	24	03	06											
Presión Arterial	112/71 (80)	118/71 (82)	111/63 (78)	111/61 (71)	117/61 / 74	100x	114/66 / 76											
Frec. Cardíaca	124x'	132x'	134x'	142x'	110x	100x	109x											
Frecuencia Respiratoria	25x'	26x	26x'	25x'	22x		20x											
Temperatura Axilar / Central	36.4°C	35.7°C	36.4°C	37.0°C	37.5	37°	36.8											
Saturación Cerebral	/	/	/	/	/	/	/											
Saturación O2% / ETCO2	99%	98%	99%	99%	96%	95%	97%											
PVC/PIA	/	/	/	/	/	/	/											
PIC/PPC	/	/	/	/	/	/	/											
Glucemia / Corrección	/	/	/	/	/	/	/											
Glasgow	15/15	15/15	15/15	15/15	18/15	15/15	15/15											
Pupilas	I/R	I/R	I/R	I/R	1/2	1/2	1/2											
INGRESOS / HORARIOS	08:30	12:30	17:30	19:30	24	03	06											
PHP																		
VO	150	50/200	100/800	50/850	100/800	100/800	100/800											
Expansión																		
Hemoderivados																		
Aliment. Ent. ( M/ta.)																		
INGRESOS TOTALES	150	200	800	850	800	800	800											
EGRESOS																		
DIURESIS (Espontaneo - Cateterismo)	180	222/402	200/602	100/702	200/902	1902	800/1102											
SNG / EMESIS		50	50	50	50	50	50											
CATARSIS (Sólida - Blandaz - Diarreicas)																		
DRENAJES 1)																		
2)																		
PH/ CETONURIA																		
DENSIDAD																		
EGRESOS TOTALES	180	452	652	752	952	952	1152											
BALANCES	(-)30	(-)252	(+)148	(+)98	152 (-)	152 (-)	352 (-)											

Horarios	11	14	17	20	23	26	29	32	35	38	41	44
MOVILIDAD	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS
Normal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pleja												
Paresia												
Leve												
Moderada												
Grave												

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.	/	/	/
VC/PS	/	/	/
FIO2/PEEP	/	/	/
B-PAP	/	/	/

	PLANIFICACIÓN DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA		
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	X	X	X
Control de ingresos Hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control Piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del dolor	X	X	X
Riesgos de caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Comunicación efectiva	X	X	X
Monitoreo continuo	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada Respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de ansiedad	X	X	X
Apoyo nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Identificación permanente	X	X	X
Educación del paciente	X	X	X
Higiene oral	X	X	X

TRASTORNO MOTOR	11	14	17	20	23	26	29	32	35	38	41	44
Marcha	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Equilibrio	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Coordinación	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sosten Cefálico	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Se para	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Se sienta	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Camina	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

	11	14	17	20	23	26	29	32	35	38	41	44
Lúcido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Delirio / excitación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Agresivo / Colaborador	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Coma / Est. Vegetativo	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Min. Conciencia / Est. Cauliverio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Estupor / Somnolento	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Comunicación	11	14	17	20	23	26	29	32	35	38	41	44
Gestual / Vocal / Verbal	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Conversa normalmente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Palabras / Charlas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Gesos / Balbucesos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Alfala expresión	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Dislalia	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
No responde	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

FECHA: 04/06/22 CAMA 204 PESO 26kg TALLA      EDAD 8A  
 DIAGNOSTICO PO craneo plastica ALERGIAS     

AISLAMIENTO: Contacto  SI  Susp Hs.   
 Respiratorio  SI   
 Ggrmen  NO   
 NEUTROPENICO  SI  Susp Hs.   
 RIESGO DE CAIDA: SI  NO   
 Valor de Escala: 9

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

HORARIO	08 <sup>00</sup> hs.	12 <sup>00</sup> hs.	16 <sup>00</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	24 <sup>00</sup> hs.	03 <sup>00</sup> hs.	06 <sup>00</sup> hs.	09 <sup>00</sup> hs.	12 <sup>00</sup> hs.	15 <sup>00</sup> hs.	18 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>00</sup> hs.	24 <sup>00</sup> hs.
Presión Arterial	116/68(96)	104/69(96)	117/75(98)	110/72(99)	126/67(90)	-	-	-	-	-	-	-	-
Frec. Cardíaca	123x'	100x'	117x'	102x'	118	111	124	-	-	-	-	-	-
Frecuencia Respiratoria	26x'	18x'	28x	23x'	25	20	18	-	-	-	-	-	-
Temperatura Axilar / Central	36 <sup>00</sup> C	36 <sup>00</sup> C	36 <sup>00</sup> C	36 <sup>00</sup> C	36 <sup>4</sup>	36	36 <sup>4</sup>	-	-	-	-	-	-
Saturación Cerebral	/	/	/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-
Saturación O2% / ETCO2	99%	97%	99%	99%	96%	95%	96	-	-	-	-	-	-
PVC/PIA	/	/	/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-
PIC/PPC	/	/	/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-
Glucemia / Corrección	/	/	/	/	/	/	/	-	-	-	-	-	-
Glasgow	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	/	/	-	-	-	-	-	-
Pupilas	I/R	I/R	I/R	I/R	I/R	/	/	-	-	-	-	-	-
INGRESOS / HORARIOS	09 <sup>00</sup> hs.	13 <sup>00</sup> hs.	16 <sup>00</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	22 <sup>00</sup> hs.								
PHP													
V.O	200	100/400	200/800	300/900	comens/900	-/900	-/900						
Expansión													
Hemoderivados													
Aliment. Ent. ( M/hs.)													
INGRESOS TOTALES	200	400	800	900	900	900	900						
EGRESOS					22	25							
DIURESIS (Espontáneo - Cateterismo)	350	-/350	100/450	100/550	-/550	130	200/980						
SNG / EMESIS													
CATARSIS (Sólida - Blandas - Diarreicas)	Perdida + + @ conjunto	100	-/100	Perdida + + @ conjunto	700	Ac: 200	-/300	+/300					
DRENAJES 1)													
2)													
PH/ CETONURIA													
DENSIDAD													
EGRESOS TOTALES	350	450	650	650	850	1080	1280						
BALANCES	(-) 150	(-) 50	(+) 150	(+) 250	+ 50	- 180	- 380						

Horarios	+	++	TN
MMI			
MMS			
Normal	X X X X	X X X X	X X X
Pleja			
Paresia			
Leve			
Moderada			
Grave			

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.	/	/	
VC/PS	/	/	
FIO2/PEEP	/	/	
B-PAP	/	/	

	PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA		
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	X	X	X
Control de Ingresos Hidricos	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control Piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del dolor	X	X	X
Riesgos de caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Comunicación efectiva	X	X	X
Monitoreo continuo	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada Respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de ansiedad	X	X	X
Apoyo nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Identificación permanente	X	X	X
Educación del paciente	X	X	X
Higiene oral	X	X	X

TRASTORNO MOTOR	TI	TT	TN
Marcha	SI	NO	
Equilibrio	SI	NO	
Coordinación	SI	NO	
Sosten Cefalic.	SI	NO	
Se para	SI	NO	
Se sienta	SI	NO	
Gemina	SI	NO	

	TI	TT	TN
Lúcido	X	X	X
Delirio / excitación	/	/	/
Agresivo / Colaborador	/	/	/
Coma / Est. Vegetativo	/	/	/
Min. Conciencia / Est. Comatoso	/	/	/
Estupor / Somnolento	/	/	/

Comunicación	TI	TT	TN
Gestual / Vocal / Verbal	/	/	V
Conversa normalmente	X	X	/
Palabras / Charlas	X	/	/

Gesos / Bultreos	TI	TT	TN
Afasia expresión	/	/	/
Disatría	/	/	/
No responde	/	/	/

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.



## HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

FECHA: 03/06/22 CAMA 204 PESO 26kg TALLA 1 EDAD 8 años  
 DIAGNOSTICO Craniocestral ALERGIAS NO

AISLAMIENTO SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAÍDA: SI  NO   
 Contacto Respiratorio  Germen  Valor de Escala 4/4  
 NEUTROPENICO

**RIOS JUAREZ, LUANA**  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Af:   
 Nro Pac: 749275 INT

HORARIO	08 hs.	11 hs.	14 hs.	15:27 hs.	17:40 hs.	20 hs.	24 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
Presión Arterial	102/63/41	109/65/37	110/69/25	109/65 (95)	114/67 (77)	116/74 (83)	121/65/46		112/59/40							
Frec. Cardíaca	112	142 (30 golpes)	152	130x'	154x'	145x'	128x'	107x	101x'							
Frecuencia Respiratoria	22	24	16	25x'	25x'	24x'	20x	20x	22x							
Temperatura Axilar / Central	36.3	37.1	36.7	36.5	37.2	37.4	37.4		36.2							
Saturación Cerebral																
Saturación O2% / ETCO2	97%	97%	98%	100%	98%	99%	97.1	95.1	98.1							
PVC/PIA																
PIC/PPC																
Glucemia / Corrección																
Glasgow		15/15		15/15	15/15	15/15	15/15	Davido	15/15							
Pupilas		5/4		5/4.2	5/4.2	5/4.2	5/4.2		5/4.2							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	11 hs.	14 hs.	15:30 hs.	17:40 hs.	20 hs.	24 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP <u>Sol-f-10</u>	32	30/62	20/82	20/102	102	202	1/102	1/102	1/102							
Expansión																
Hemoderivados																
Aliment. Ent. (Mts.)	50	150	300	350	600	800	1800	1800	1800							
INGRESOS TOTALES	82	192	432	452	752	902	902	902	902							
EGRESOS	08	11	14	15:30	17:40	20										
DIURESIS (Espontáneo - Cateterismo)		90	190	90	90	70/160	1160	1160	1160							
SNG / EMESIS					Perd. Ecj	40										
CATARSIS (Sólida - Blandas - Diarreicas)		1(2)	1(2)	200 (3)	1(2) 200	240	1240	1240	1240							
DRENAJES 1) <u>Cateterismo</u>							180	1180	190/370							
2)																
PH/ CETONURIA																
DENSIDAD																
EGRESOS TOTALES	-	40	90	290	330	400	580	580	370							
BALANCES	1/82	1/22	1/342	1/162	1/462	1/602	322/1	322/1								

Horarios	08	11	14	15:30	17:40	20	24	03	06
MOVILIDAD	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS
Normal	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X
Plejía									
Paresia	Leve								
	Moderada								
	Grave								

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.			
VC/PS			
FIQ2/PEEP			
B-PAP			

PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA			
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	X	X	X
Control de ingresos Hidrico.	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control Piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del dolor	X	X	X
Riesgos de caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Comunicación efectiva	X	X	X
Monitoreo continuo	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada Respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de ansiedad	X	X	X
Apoyo nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Identificación permanente	X	X	X
Educación del paciente	X	X	X
Higiene oral	X	X	X

TRASTORNO MOTOR		08	11	14	15:30	17:40	20	24	03	06
Marcha	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Equilibrio	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coordinación	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sosten Cefalico	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Se para	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Se sienta	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Camina	Si No	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Lúcido	08	11	14	15:30	17:40	20	24	03	06
Delirio / excitación									
Agresivo / Colaborador									
Coma / Est. Vegetativo									
Mín. Conciencia / Est. Cautiverio									
Estupor / Somnolencia									

Comunicación		08	11	14	15:30	17:40	20	24	03	06
Gestual / Vocal / Verbal		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Conversa normalmente		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Palabras / Charlas		X	X	X	X	X	X	X	X	X

Gesos / Balbuceos		08	11	14	15:30	17:40	20	24	03	06
Atasia expresión										
Disatría										
No responde										

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

Viene de Fleni - Ecobor

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 02/06/22 CAMA 204 PESO 26 kg TALLA        EDAD 8 años  
 DIAGNOSTICO P. ep. Cronoplasia ALERGIAS NO

AISLAMIENTO: SI  Susp.Ha.  RIESGO DE CAIDA: SI   
 Contacto Respiratorio: SI  NO   
 Germen:  Valor de Escala: AAA  
 NEUTROPENICO:

HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

HORARIO	08 hs.	11 hs.	14 hs.	16 hs.	20 hs.	22 hs.	02 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
Presión Arterial	95/49/61	108/68/77	107/65 (75)	105/65 (75)	105/65 (74)	108/70 (80)	118/74 (72)									
Frec. Cardíaca	106	107	119v'	129v'	115v'	113	104	128								
Frecuencia Respiratoria	24	22	24v'	22v'	26v'	22	19	23								
Temperatura Axilar / Central	36.5	36.4	36.2	36.2	36.2	36.4	36	36.7								
Saturación Cerebral																
Saturación O2% / ETCO2	100%	98%	99%	99%	97%	98	97	98%								
PVC/PIA																
PIC/PPC																
Glucemia / Corrección																
Glasgow	15/15		15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15								
Pupilas	3/4															
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	12 hs.	14 <sup>00</sup> hs.	18 hs.	20 hs.	22 hs.	02 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP	60 ml ↓ 30 ml / 10															
Medicación																
Líquido	50	9/100	10/110	10/120	20/120	20/120	100/210	-/220								
Expansión																
Hemoderivados																
Aliment. Ent. ( M/hs.)	41	11														
INGRESOS TOTALES	782	484	534	684	604	724	474	814								
EGRESOS	08	12	15	18	20	22	02	06								
DIURESIS (Espontáneo - Cateterismo)	280	7280	600/480		430/1210	-/1210	380/150	154/444								
SNG / EMESIS				(+)												
CATARSIS (Sólida - Blanda - Diarreica)																
DRENAJES 1)																
2)																
PH/ CETONURIA																
DENSIDAD																
EGRESOS TOTALES	280	280	780	780	1230	1210	1590	1744								
BALANCES	(+) 98	(+) 204	(-) 246	(-) 196	(-) 606	(-) 486	- 816	- 930								

Horarios	08	11	14	18	20	22	02	06
MMI								
MMS								
Normal	X	X	X	X	X	X	X	X
Pleja								
Paresia								
Leve								
Moderada								
Grave								

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.			
VC/PS			
FIO2/PEEP			
B-PAP			

	PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA		
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	X	X	X
Control de Ingresos Hidrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control Piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del dolor	X	X	X
Riesgos de caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Comunicación efectiva	X	X	X
Monitoreo continuo	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada Respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de ansiedad	X	X	X
Apoyo nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Identificación permanente	X	X	X
Educación del paciente	X	X	X
Higiene oral	X	X	X

TRASTORNO MOTOR	08	11	14	18	20	22	02	06
Marcha								
Equilibrio								
Coordinación								
Sosten Cefalic.								
Se para								
Se sienta								
Camina								

Lúcido	08	11	14	18	20	22	02	06
Delirio / excitación								
Agresivo / Colaborador								
Coma / Est. Vegetativo								
Mín. Conciencia / Est. Cautiverio								
Estupor / Somnolencia								

Comunicación	08	11	14	18	20	22	02	06
Gestual / Vocal / Verbal								
Conversa normalmente								
Palabras / Charlas								

Gesos / Batacos	08	11	14	18	20	22	02	06
Atasia expresión								
Disatría								
No responde								

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.



# HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO

Viene de Fleni - Escobar

FECHA: 01/06/22 CAMA 204 PESO 26kg TALLA EDAD 8 años  
DIAGNOSTICO Rcp - Cranioplastia ALERGIAS NO

AISLAMIENTO SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAIDA: SI  NO   
 Contacto Respiratorio   Valor de Escala 1/1  
 Germen  NEUTROPENICO

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

HORARIO	08 hs.	12 hs.	16 hs.	20 hs.	24 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
Presión Arterial	105/45/59	105/65/75	108/69 (78)	103/60 (75)	101/69 (75)	112/62/73	117x.	96/56/65							
Frec. Cardíaca	122	118	118x'	116x'	112x'	114x.		90x.							
Frecuencia Respiratoria	20	22	20x'	18x'	20x'	20x'		20x.							
Temperatura Axilar / Central	36.7	36.3	36.2	36.3	36.3	36.4.		36.1							
Saturación Cerebral															
Saturación O2% / ETCO2	97%	96%	98%	98%	99%	99%	96%	98%							
PVC/PIA															
PIC/PPC															
Glucemia / Corrección															
Glasgow	15/15		15/15	15/15	15/16	15/15	Desent.	15/15							
Pupilas	5/6					1/2		6/6							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	12 hs.	16 hs.	20 hs.	24 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP	60 ml/us. Vhl.	135	25/387	387	240/627	240/867	240/1107	273/1287	240/1467						
Expansión															
Hemoderivados															
Aliment. Ent. (Mts.)	deayuno	Almuerzo			6	6	16	16							
INGRESOS TOTALES	135	397	387	627	867	1107	1287	1467							
EGRESOS	08	12	16	20	24	03	06								
DIURESIS (Espontáneo - Cateterismo)	240	-/240	240	200/440	20/240	280/1020	1020.	200/1120							
SNG (EMESIS)	alivado (+)	alivado (+)	(+)					-							
CATARSIS (Sólida - Blandas - Diarreicas)								-							
DRENAJES 1)								25, 30, 40							
2)															
PH/ CETONURIA															
DENSIDAD															
EGRESOS TOTALES	240	240	240	440	740	1020	1020	1120							
BALANCES	1105	1147	1147	1187	1143	937	2734	3534							

Horarios	08	12	16	20	24	03	06
MOVILIDAD	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS	MMI MMS
Normal	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X
Plegia							
Paresia	Leve						
	Moderada						
	Grave						

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.			
VC/PS			
FIQ2/PEEP			
B-PAP			

	PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA			Evaluar nivel de conciencia	Asegurar una adecuada Respiración	Higiene diaria	Aislamiento infectológico	Control de ansiedad	Apoyo nutricional	Movilización	Identificación permanente	Educación del paciente	Higiene oral
	TM	TT	TN										
Control de Signos Vitales	X												
Control de ingresos Hidrico.	X												
Control de Eliminación	X												
Control Piel / herida	X												
Asegurar un buen descanso	X												
Manejo del dolor	X												
Riesgos de caída	X												
Administración de fármacos	X												
Comunicación efectiva	X												
Monitoreo continuo	X												

TRASTORNO MOTOR	08	12	16	20	24	03	06
Marcha	Si No						
Equilibrio	Si No						
Coordinación	Si No						
Sosten Cefalic.	Si No						
Se para	Si No						
Se sienta	Si No						
Camina	Si No						

Lúcido	08	12	16	20	24	03	06
Delirio / excitación							
Agresivo / Colaborador							
Coma / Est. Vegetativo							
Min. Conciencia / Est. Cautiverio							
Estupor / Somnolento							

Comunicación	08	12	16	20	24	03	06
Gestual / Vocal / Verbal							
Conversa normalmente							
Palabras / Charlas							

Gesos / Balbuceos	08	12	16	20	24	03	06
Afasia expresión							
Disatría							
No responde							

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.

**HOJA DE ENFERMERIA DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICO**

Ingreso de Fleni-Escobal

AISLAMIENTO SI  Susp Hs.  RIESGO DE CAIDA: SI  NO   
 Contacto  Respiratorio  Germen Enterobacter Valor de Escala 1/14  
 NEUTROPENICO

**RIOS JUAREZ, LUANA**  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 197195  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

FECHA: 31/05/22 CAMA: 204 PESO: 26 kg TALLA:  EDAD: 6 años  
 DIAGNOSTICO: Crancohemorragia bilateral ALERGIAS: NO

HORARIO	18 <sup>hs</sup>	19 <sup>hs</sup>	20 <sup>hs</sup>	21 <sup>hs</sup>	22 <sup>hs</sup>	00 <sup>hs</sup>	03 <sup>hs</sup>	06 <sup>hs</sup>	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
Presión Arterial	109/69/79	102/62(71)	B	110/62(21)	111/59(71)	120	117/49(64)										
Frec. Cardíaca	101	101x'	A	109	87	120	124										
Frecuencia Respiratoria	24	20x'	S	20	22	20	25										
Temperatura Axilar / Central	36.7	36.2	D	36.0	36.2	36.4	37.1										
Saturación Cerebral																	
Saturación O2% / ETCO2	98%	100%		98	100	96	97										
PVC/PIA			D														
PIC/PPC																	
Glucemia / Corrección																	
Glasgow	15/15	15/15	Q	15/15	15/15	15/15	15/15										
Pupilas	4/4	4/4	Q	4/4	4/4	4/4	4/4										
INGRESOS / HORARIOS	11 <sup>hs</sup>	14 <sup>hs</sup>	X	22 <sup>hs</sup>	00 <sup>hs</sup>	03 <sup>hs</sup>	06 <sup>hs</sup>										
PHP <u>60ml/h.</u>					100/100	130/230	180/410										
Medicación EV.					50/50	-/50	35/85										
Expansión																	
Hemoderivados																	
Aliment. Ent. (Mts.)																	
INGRESOS TOTALES					150	280	495										
EGRESOS	11 <sup>hs</sup>	14 <sup>hs</sup>		22	00	03	06										
DIURESIS (Espontáneo - Cateterismo)						140/140	-/140										
SNG / EMESIS																	
CATARSIS (Sólida - Blandas - Diarreicas)																	
DRENAJES 1)																	
2)																	
PH/ CETONURIA																	
DENSIDAD																	
EGRESOS TOTALES						140	140										
BALANCES						(+)150	(+)140	(+)355									

Horarios	12	15	18	21	00	03	06	09	12	15	18	21	00	03	06	09	12	
MOVILIDAD	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS	MMI	MMS
Normal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Plegia																		
Paresia	Leve																	
	Moderada																	
	Grave																	

Valores ARM	TM	TT	TN
CMV/SIMV/ESP.			
VC/PS			
FIQ2/PEEP			
B-PAP			

	PLANIFICACION DIARIA DE CUIDADOS ENFERMERIA		
	TM	TT	TN
Control de Signos Vitales	X	X	X
Control de ingresos Hidrico.	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control Piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del dolor	X	X	X
Riesgos de calda	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Comunicación efectiva	X	X	X
Monitoreo continuo	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada Respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de ansiedad	X	X	X
Apoyo nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Identificación permanente	X	X	X
Educación del paciente	X	X	X
Higiene oral	X	X	X

TRASTORNO MOTOR	12	15	18
Marcha	Si	No	Si
Equilibrio	Si	No	Si
Coordinación	Si	No	Si
Sosten Cefalic.	Si	No	Si
Se para	Si	No	Si
Se sienta	Si	No	Si
Camina	Si	No	Si

Lúcido	12	15	18
Delirio / excitación	X	X	X
Agresivo / Colaborador			
Coma / Est. Vegetativo			
Mín. Conciencia / Est. Cautiverio			
Estupor / Somnoliento			

Comunicación	12	15	18
Gestual / Vocal / Verbal			
Conversa normalmente			
Palabras / Charlas	P	P	P

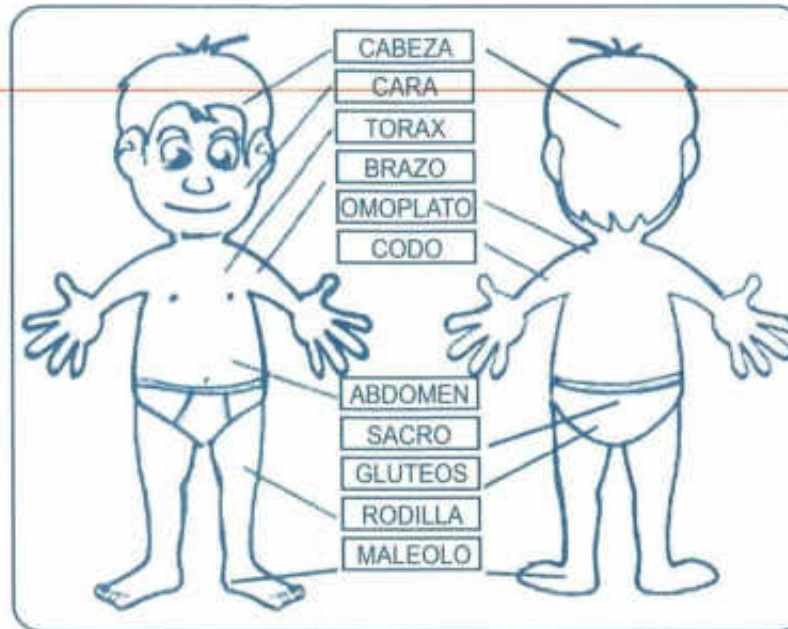
Gesos / Babucos	TM
Afásia expresión	
Disartria	
No responde	

Referencia: Los casilleros deben ser completados con una X cuando así lo requiere.

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Via Periferica (VP) MS	D	31/5	Traqueo / T. endo.		
Via Periferica (VPLS)	I	31/5	Arm. / B-Pal.		
Via Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilorico		
Cateter Lentil y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomia		
Femoral			Yeyunostomia		
C. Percutaneo			Otros:		
C. Intracseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	OM	TT	ON
Incontinencias			
Doble puntuación	6	6	6
Actividades			
Doble puntuación	4	4	4
Movilidad			
Doble puntuación	4	4	4
Nutrición			
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>



Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsera de identificación	(S)	(No)	(Si)	Curación de Via Perif.			X
Baño en cama		✓		Curación de Via Central			
Baño Pre-quirurgico		✓		Curación de Herida			
Higiene y Confort		✓		1)			
Cambio de ropa de cama		✓	X	2)			
Higiene Bucal		✓	X	Aspiración Subglótica Si / No			
Lavado / Protección ocular		*		Curación Gastro / Yeyun			
Rasurado Quirúrgico		-		Curación Percutánea			
Fijación y Rotación TeT		-		Curación de Ostomas			
Cont. de Balón TeT/Traq (cm H2O)		-		Curación Cateter de PIC			
Rotar Sensor O2 / PNI		✓	X	Vendaje Cefálico			X
Fijación de Sonda Vesical		-		Compresión Neumática			
Fijación de Sonda Enteral		-		Medias antitrombótica			
Cateterismo Vesical		-		Manta Térmica/Catovertor			
Aspiración Secreción		-		O2 Terapia ( Ltsx')			
Prevención Úlceras		-		Asp. Ctrua. Pleural(cmH2O)			
Colchón de aire		-		Inductor de Tos			
3) Silicona Spray		-		Elevación de MMSS			
4) Cambio decúbito		-		Elevación de MMII			
5) Parche Hidrocoloides		-		Cabeceira 0° / 30° / 45°			aro. 0°
Collar Cervical / Corset		-		Alineación de la Cabeza			
Hipotermia Inducida		-		Control pulso post-herodnanía			
Realización de ECG		✓		Otros:			
Valvas MMSS		-		Otros:			
Valvas MMII		-		Otros:			

Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
Curaciones	TM	TT	TN					
Según protocolo								
Según Ind. Médicas								
Evaluación plástica								

Observaciones:  
 Marcar con un círculo el lugar lesionado  
 Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y /o izquierdo de donde se localiza la lesión

Cambio de Tabuladuras y otros			Estudios Realizados				AYUNO <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVO <u>CX.</u>		
1) Periférico	X1	X2	X3	ESTUDIOS	R	P	ESTUDIOS	R	P
2) Central				RX			Ecografía		
3) Percutáneo				TAC			Ecocardiograma		
4) Enteral				RMN			EKG		
Cambio de Sol. Lav. O2				Doppler			Transesofágico		
Cambio Filtro Humid.				EEG			Endoscopia		
Circuito de ARM				EMG			Fibrobroncoscop.		
Otros				Pot. Evocad.			Otros		
				Punción Lumbar			Otros		

BACTERIO - LABORATORIO			
Muestras	Env	Pres	Guar. Refat.
LCR			SI NO
LUCKENS			SI NO
UROCULTIVO			SI NO
HEMOCULT(x)			SI NO
PUNTA CATETER			SI NO
HISOP. NASAL			SI NO
HISOP. ANAL	X		SI NO
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO
BAL			SI NO
OTROS			SI NO

RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		
	hs.	Fecha
Comienzo		
Finalización		
Muestra Enviada		hs.
Muestra Guardada		
Hieladera		
Orina Completa		
Enviada		hs.
Pendiente		
Vol. Total Enviado		ml

TRASLADO DE PACIENTE	
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida
LUGAR	Hs. Salida

### EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM Paciente ingresa a las 11 pm. Muestra de Flebi-Escobar para CX. programada de conceptus para las 18 hrs, 16 cada, a las 15/15, moviliza miembros superiores e inferiores pte no camina, y si. colocación de cinesa. colocación manivela a ceto grado pino a la cinesa. drena esp. línea en pte, cto (-).

Pendientes: Flebi Roman E. Cristina  
 Lic. Enfermería  
 M.N. 73531 M.P. 12504  
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA

TT Pte q' se encuentra ayunado, con lactancia, pte sin medicación de base.  
 Pte q' se encuentra conectada, licida.  
 Se realiza baño proxi. Bepi a q' a las 18:30.  
 20:10 sigue en CX.

Pendientes: Cabeceira Roman E. Cristina  
 Lic. Enfermería  
 M.N. 113671 M.P. 200741  
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA

TN Pte se realiza de punción 2hs, muestra, licida 15/15 puntos T/R, sin dolor, moviliza y miembros con lactancia cefálica buena y se. Repunado A.S. Parámetros vitales vitales. Pate sup x 2 en UST y USD permeabilidad intercostal se coloca PIP a 60ml/h si en USD + medicación EV. Drenaje no se va intercostal. Drenaje en pte (+), cto (-) Pte con vnto buena se admuho lactancia 5/4 con buena respuesta. Cabeceira a 0° pte, Pte Obns sigue sola.

Pendientes: Flebi Roman E. Cristina  
 Lic. Enfermería  
 M.N. 113671 M.P. 200741  
 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA

EVALUACION SEDACION	
Horario	TM
Valor de escala	00
Sedación SI / NO	NO
Sedación Continua SI / NO	NO
Pesp. Post Sedación	

EVALUACION DEL DOLOR			
Horario	TM	TT	TN
Intensidad del Dolor (0-10)	0/0	0/10	5/10
Admin. Analgesicos SI / NO	NO	SI	+
Respuesta Post Analgesia			
Rescate Analgesia SI / NO	NO	NO	

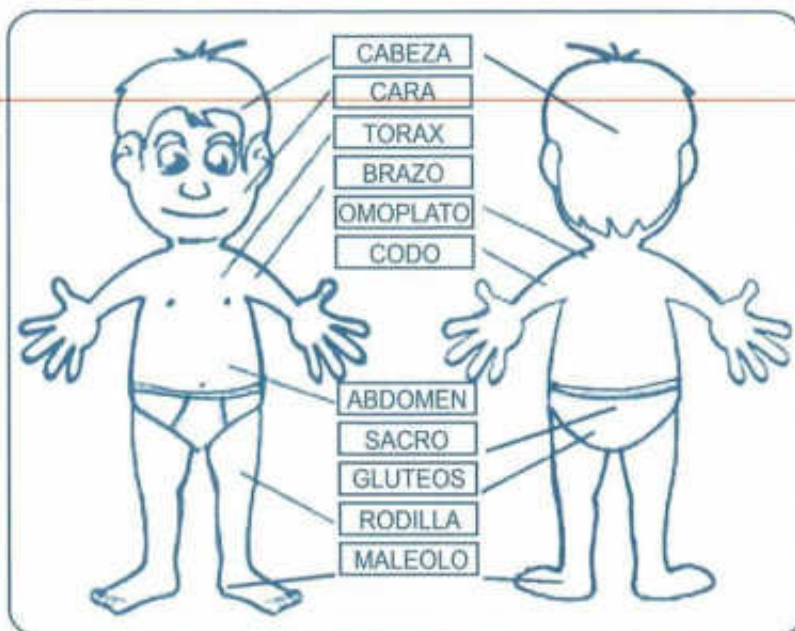
EVALUACION DEL DOLOR			
Horario	TM	TT	TN
Intensidad del Dolor (0-10)	0/0	0/10	5/10
Admin. Analgesicos SI / NO	NO	SI	+
Respuesta Post Analgesia			
Rescate Analgesia SI / NO	NO	NO	



## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Via Periferica (VP) MS D		3/15	Traqueo / T. endo.		
Via Periferica (VP) MS C		3/15	Arm. / B-Pal.		
Via Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilorico		
Cateter Lentil y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomia		
Femoral			Yeyunostomia		
C. Percutaneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	0 <sup>TM</sup>	1 <sup>TT</sup>	2 <sup>TN</sup>
Incontinencias	0	1	2
Doble puntuación	6	6	6
Actividades			
Doble puntuación	4	4	4
Movilidad			
Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>



Valorización según la escala de Anell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsera de Identificación	Si/No	Si/No	Si/No	Curación de Via Perif.			
Baño en cama	Si/No	Si/No	Si/No	Curación de Via Central			
Baño Pre-quirúrgico	Si/No	Si/No	Si/No	Curación de Herida			
Higiene y Confort	Si/No	Si/No	Si/No	1)			
Cambio de ropa de cama	Si/No	Si/No	Si/No	2)			
Higiene Bucal	Si/No	Si/No	Si/No	Aspiración Subglótica Si / No			
Lavado / Protección ocular	Si/No	Si/No	Si/No	Curación Gastro / Yeyun			
Rasurado Quirúrgico	Si/No	Si/No	Si/No	Curación Percutánea			
Fijación y Rotación TeT	Si/No	Si/No	Si/No	Curación de Ostomas			
Cont. de Balón TeT/Traq (con H2O)	Si/No	Si/No	Si/No	Curación Cateter de PIC			
Rotar Sensor O2 / PNI	Si/No	Si/No	Si/No	Vendaje Cefálico			
Fijación de Sonda Vesical	Si/No	Si/No	Si/No	Compresión Neumática			
Fijación de Sonda Enteral	Si/No	Si/No	Si/No	Medias antitrombótica			
Cateterismo Vesical	Si/No	Si/No	Si/No	Manta Térmica/Caloventor			
Aspiración Secreción	Si/No	Si/No	Si/No	O2 Terapia ( Ltsc )			
Prevención Úlceras	Si/No	Si/No	Si/No	Asp. Clnua. Pleural (on+to)			
Colchón de aire	Si/No	Si/No	Si/No	Inductor de Tos			
3) Silicona Spray	Si/No	Si/No	Si/No	Elevación de MMSS			
4) Cambio decúbito	Si/No	Si/No	Si/No	Elevación de MMII			
5) Parche Hidrocoloides	Si/No	Si/No	Si/No	Cabecera 0° / 30° / 45°			
Collar Cervical / Corset	Si/No	Si/No	Si/No	Alineación de la Cabeza			
Hipotermia Inducida	Si/No	Si/No	Si/No	Control pulso post-hemodinamia			
Realización de ECG	Si/No	Si/No	Si/No	Otros:			
Valvas MMSS	Si/No	Si/No	Si/No	Otros:			
Valvas MMII	Si/No	Si/No	Si/No	Otros:			

Valorización según la escala de Anell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

**CLASIFICACIÓN**  
 Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal  
 Grado II: Llega hasta el plano de la oponeurisis muscular  
 Grado III: Compromete el plano muscular  
 Grado IV: Llega al plano periósteo y hueso

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Marcar con un círculo el lugar lesionado  
 Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y/o izquierdo de donde se localiza la lesión

Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros	
		Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.			Der./Izq.		
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES					
Según protocolo				TM	Sin lesiones x decúbito				
Según Ind. Médica				TT					
Evaluación plástica				TN	Sin UPP				

Observaciones:

Cambio de Tubuladuras y otros	X1			X2			X3			ESTUDIOS	R		P		AYUNO <input type="checkbox"/> MOTIVO		
1) Periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparación Quirúrgica <input type="checkbox"/>	Gamisolín <input type="checkbox"/>
2) Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoja Prequirúrgica <input type="checkbox"/>	Consent. <input type="checkbox"/>
3) Percutáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Batas <input type="checkbox"/>	Gorro <input type="checkbox"/>
4) Enteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transesofágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acompañantes <input type="checkbox"/>	TM <input type="checkbox"/> TN <input type="checkbox"/>
Cambio de Sol. Lav. O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parentesco <input type="checkbox"/>	AutORIZACIÓN PERMANENCIA <input type="checkbox"/>
Cambio Filtro Humid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrobroncoscop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sujeción Mecánica Autorizada SI NO	
Circuito de ARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pot. Evocad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descanso Nocturno	Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punción Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EVALUACION SEDACION		08	07
Horario			
Valor de escala			
Sedación SI / NO	SI	NO	
Sedación Continua SI / NO	SI	NO	
Pesp. Post Sedación			

EVALUACION DEL DOLOR		08	07
Horario			
Intensidad del Dolor (0-10)			
Admin. Analgésicos SI / NO	SI	NO	
Respuesta Post Analgesia			
Rescate Analgesia SI / NO	SI	NO	

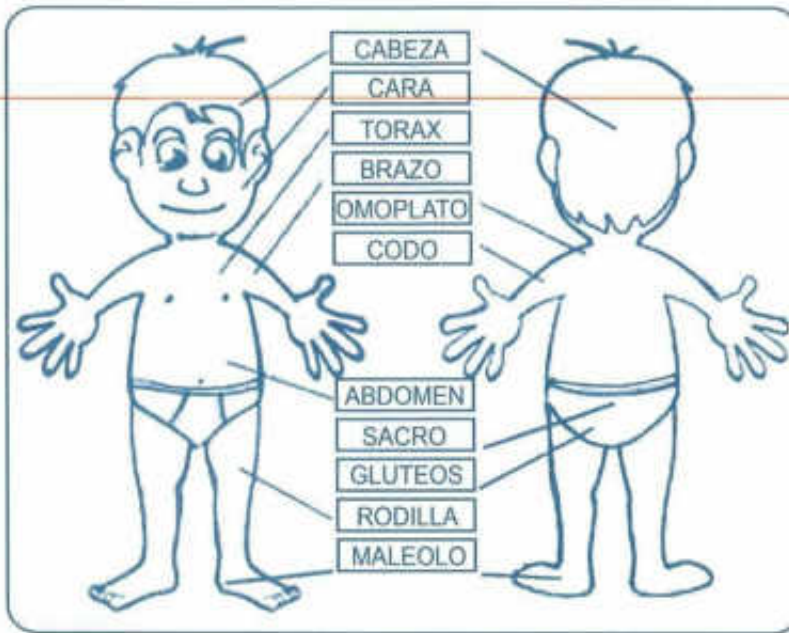
BACTERIO - LABORATORIO				RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		TRABAJADO DE PACIENTE	
Muestras	Env	Pend	Guanta Helat	hs.	Fecha	LUGAR	Hs. Salida
LCR			SI NO				
LUCKENS			SI NO				
UROCULTIVO			SI NO				
HEMOCULT(x)			SI NO				
PUNTA CATETER			SI NO				
HISOP. NASAL			SI NO				
HISOP. ANAL			SI NO				
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO				
BAL			SI NO				
OTROS			SI NO				

EVOLUCION DE ENFERMERIA	
TM	Paciente, legado, presenta movilidad en art. y miembros. AUP en MS, independiente. AUP en MS y de pie. PNP a 60 ml con respiración y buen delerango via oral. PNP a las 12h a 30 ml para favorecer uptake via oral. Dr. Jomanchi recibe curación de herida y x. Lo mismo, sin signos de infección. gelatina en estado de plaga lapio y xia, seben presen de velule de 70 a 110, descom. espontánea en pond, cedeo(-).
PENDIENTES:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i> Lc. Enferm. Roman E. Cristina M.N. 4704</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i> Lc. Enferm. Pisani Tatiana M.N. 95706</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE</p> </div> </div>
TT	Se sigue el vendaje cefálico. Sigue con pupilas isocóricas reactivas, por nauseas con vómito oral escaso, pero se sigue intentando su colocación. Se quedó el SF a nivel analógico y med. Se sigue con VP en HD a nivel de 20. i de de en compañía del padre. Muicida(-).
PENDIENTES:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i> Lc. Enferm. Roman E. Cristina M.N. 4704</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i> Lc. Enferm. Pisani Tatiana M.N. 95706</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE</p> </div> </div>
TN	Se post-excreta epidemia con AUP. Presente vendaje cefálico limpio y seco. AUP en MS con SF a nivel analógico y AUP en MS. i de de en compañía del padre. Tiene con buena tolerancia gástrica. Recibe medicación indicada. No se opone a estar en compañía de su madre.
PENDIENTES:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i> Lc. Enferm. Roman E. Cristina M.N. 4704</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i> Lc. Enferm. Pisani Tatiana M.N. 95706</p> <p>FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE</p> </div> </div>

### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Via Periferica (VP) MS D		3/5	Traqueo / T. endo.		
Via Periferica (VP) MS I		3/5	Arm. / B-Pal.		
Via Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilorico		
Cateter Lental y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomia		
Femoral			Yeyunostomia		
C. Percutaneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	OM	OT	ON
Incontinencias	6	6	6
Doble puntuación			
Actividades	4	4	4
Doble puntuación			
Movilidad	4	4	4
Doble puntuación			
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
TOTAL	14	14	14



Valorización según la escala de Ansel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsara de Identificación	S/N	S/N	S/N	Curación de Via Perif.			
Baño en cama	Ducha	✓		Curación de Via Central			
Baño Pre-quirurgico				Curación de Herida		Vendaje	
Higiene y Confort	✓	✓		1)			
Cambio de ropa de cama	✓	✓		2)			
Higiene Bucal	✓	✓		Aspiración Subglótica Si / No			
Lavado / Protección ocular				Curación Gastro / Yeyun			
Rasurado Quirurgico				Curación Percutánea			
Fijación y Rotación TeT				Curación de Ostomas			
Cont. de Baño TeT/Traq. (ch H2O)				Curación Cateter de PIC			
Rotar Sensor O2 / PNI	✓	✓	X	Vendaje Cefálico			
Fijación de Sonda Vesical				Compresión Neumática			
Fijación de Sonda Enteral				Medias antitrombótica			
Cateterismo Vesical				Manta Térmica/Caloverter			
Aspiración Secreción				O2 Terapia ( Lttx )			
Prevenición Ulceras				Asp. Ciru. Pleural (cmH2O)			
Colchón de aire				Inductor de Tos			
3) Silicona Spray				Elevación de MMSS			
4) Cambio decúbito				Elevación de MMII			
5) Parche Hidrocoloides				Cabecera 0° / 30° / 45°		30	30
Collar Cervical / Corset				Alineación de la Cabeza			
Hipotermia Inducida				Control pulso post-hemodinamia			
Realización de ECG				Otros:			
Valvas MMSS				Otros:			
Valvas MMII				Otros:			

Valorización según la escala de Ansel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

CLASIFICACIÓN  
 Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal  
 Grado II: Llega hasta el plano de la oponeosis muscular  
 Grado III: Compromiso al plano muscular  
 Grado IV: Llega al plano periósteo y óseo

Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros	
	Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES					
Según protocolo				TM	Sin lesiones x decubito				
Según Ind. Médica				TT	" " " " "				
Evaluación plástica				TN	Sin lesiones x decubito				

Cambio de Tubuladuras y otros	X1			X2			X3		
	1) Periféricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Percutáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Enteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio de Sol. Lav. O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio Filtro Humid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Circuito de ARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ESTUDIOS	R		P	
	RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografía
TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>
RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>
Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transeofofagico	<input type="checkbox"/>
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>
EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrobroncoscop.	<input type="checkbox"/>
Pot. Evocad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Punción Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

AYUNO  MOTIVO \_\_\_\_\_

Preparación Quirúrgica  Camisón   
 Huja Prequirúrgica  Consent.   
 Botas   
 Goro

Acompañantes  **mom**  
 Parentesco   
 Autorización Permanencia

Sujeción Mecánica Autorizada SI NO  
 Descarga Nocturna Buena  Regular  Malo

EVALUACION SEDACION	
Horario	08
Valor de escala	1
Sedación SI / NO	1
Sedación Continua SI / NO	1
Pesp. Post Sedación	1

EVALUACION DEL DOLOR	
Horario	08 19:40
Intensidad del Dolor (0-10)	0-10
Admin. Analgésicos SI / NO	SI
Pespuerta Post Analgesia	SI
Rescate Analgesia SI / NO	SI

BACTERIO - LABORATORIO				RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		TRASLADO DE PACIENTE	
Muestras	Env	Pos	Guanta Hiel	hs.	Fecha	LUGAR	Hs. Salida
LCR			SI NO				
LUCKENS			SI NO				
UROCULTIVO			SI NO	hs.			
HEMOCULT(x)			SI NO				
PUNTA CATETER			SI NO				
HISOP. NASAL			SI NO				
HISOP. ANAL			SI NO				
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO	ha			
BAL			SI NO				
OTROS			SI NO				

EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM Paciente llevado a su habitación, no refiere dolor, AUP en MS D 14/5, AUP en MS I 14/5, SpO2 92-94%, Vta O2 10 lpm, Vta oral con buena etp y tolerancia a dieta q, mejor en el almuerzo incluye miscelánea líquida y se administra el dolor cabezera para reducir el dolor nocturno, a las 14 hrs. mejor registra verbal, más reactiva y cooperativa que antes, a las 18 hrs. admite a su familia con sus hijos, paciente, abundante secreción bronquial en 2 oportunidades, mantiene vendaje cefálico íntegro y seco.

PENDIENTES: Desliza Roman E. Cristina  
 Lic. en Enfermería  
 M.N. 75108  
 M.P. 12504

TT Pate q' se encuentra con vendaje apofisis. Si que conjetura. Pate q' responde preguntas orales. Mes. Pate con Anestesia por protocolo de ex. de co. neoplastia. Pate a quien se lo levanto con ayuda de la madre, se mantiene sereno, no presenta ni refiere mareos, ni malestar. Pate con deposiciones diarreicas líquidas en varias oportunidades en lo tarde. Pate con micción espontánea pero, perdido con.

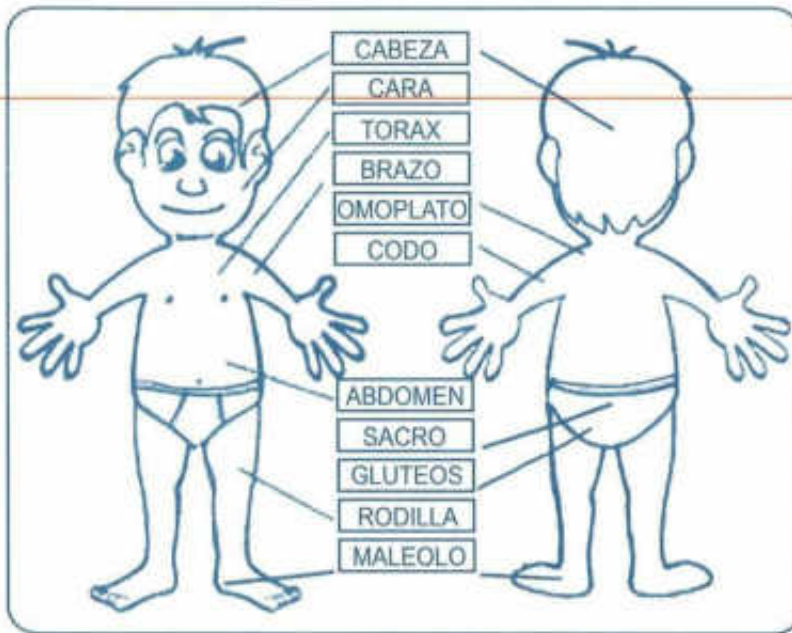
TN Paciente con apatía, en su habitación. SpO2 92-94%, con vendaje cefálico íntegro y seco. Pate q' responde preguntas orales. Pate a quien se lo levanto con ayuda de la madre, se mantiene sereno, no presenta ni refiere mareos, ni malestar. Pate con deposiciones diarreicas líquidas en varias oportunidades en lo tarde. Pate con micción espontánea pero, perdido con.

PENDIENTES: Karina Muñoz  
 Lic. en Enfermería  
 M.N. 75108

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Vía Periférica (VP) NS	D	03/06	Traqueo / T. endo.		
Vía Periférica (VP) NS	I	03/06	Arm. / B-Pal.		
Vía Arterial			Sondeo Nasogástrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilórico		
Catéter Lentil y Yuguilar			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrostomía		
Femoral			Yeyunostomía		
C. Percutáneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	TM	TT	TN
Incontinencias			
Doble puntuación	6	6	4
Actividades			
Doble puntuación	2	2	2
Movilidad			
Doble puntuación	0	0	0
Nutrición			
Doble puntuación	0	0	0
Integridad Cutánea			
Doble puntuación	0	0	0
Sensibilidad Cutánea			
Doble puntuación	1	1	0
TOTAL	9	9	6



Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsera de identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación de Vía Perif.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Baño en cama	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación de Vía Central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Baño Pre-quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación de Herida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Higiene y Confort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cambio de ropa de cama	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Higiene Bucal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Aspiración Subglótica Si / No	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lavado / Protección ocular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación Gastro / Yeyun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rasurado Quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación Percutánea	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fijación y Rotación TeT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación de Ostomas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cent. de Baño TeT/Traq.(cm H2O)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Curación Catéter de PIC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rotar Sensor O2 / PNI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vendaje Cefálico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fijación de Sonda Vesical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Compresión Neumática	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fijación de Sonda Enteral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Medias antitrombótica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cateterismo Vesical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Manta Térmica/Caloventor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aspiración Secreción	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	O2 Terapia ( Ltax )	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prevención Úlceras	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Asp. Citua. Pleural(méuO)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1) Colchón de aire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inductor de Tos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3) Silicona Spray	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Elevación de MMSS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4) Cambio decúbito	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Elevación de MMII	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5) Parche Hidrocoloides	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cabecera 0° / 30° / 45°	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Collar Cervical / Corset	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alineación de la Cabeza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipotermia Inducida	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Control pulso post-hemodinamia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Realización de ECG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Valvas MMSS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Valvas MMII	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Otros:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)			
Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón
		Der./Izq.	Der./Izq.
Curaciones	TM	TT	TN
Según protocolo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Según Ind. Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Evaluación plástica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Observaciones:  
 Marcar con un círculo el lugar lesionado  
 Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y/o izquierdo de donde se localiza la lesión

Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.			Der./Izq.	
Curaciones	TM	TT	TN					
Según protocolo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Según Ind. Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Evaluación plástica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES								
	TM	TT	TN					
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					

Observaciones:			
Cambio de Tubuladuras y otros		Estudios Realizados	
1) Periféricos	X1 X2 X3	ESTUDIOS R P	AYUNO <input type="checkbox"/> MOTIVO
2) Central	<input type="checkbox"/>	RX <input type="checkbox"/>	Preparación Quirúrgica <input type="checkbox"/> Camisón <input type="checkbox"/>
3) Percutáneo	<input type="checkbox"/>	TAC Cerebro <input checked="" type="checkbox"/>	Hoja Prequirúrgica <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/>
4) Enteral	<input type="checkbox"/>	RMN <input type="checkbox"/>	Botas <input type="checkbox"/>
Cambio de Sol. Lav. O2	<input type="checkbox"/>	Doppler <input type="checkbox"/>	Gorro <input type="checkbox"/>
Cambio Filtro Humid.	<input type="checkbox"/>	EEG <input type="checkbox"/>	Acompañantes (TM TT TN)
Circuito de ARM	<input type="checkbox"/>	EMG <input type="checkbox"/>	Parentesco <input checked="" type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Pot. Evocad. <input type="checkbox"/>	Autorización Permanencia <input type="checkbox"/>
		Punción Lumbar <input type="checkbox"/>	Sujeción Mecánica Autorizada: SI NO
			Descanso Nocturno: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>

BACTERIO - LABORATORIO			
Muestras	Env	Perd	Guanta Hstas
LCR			SI NO
LUCKENS			SI NO
UROCULTIVO			SI NO
HEMOCULT(x)			SI NO
PUNTA CATETER			SI NO
HISOP. NASAL			SI NO
HISOP. ANAL			SI NO
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO
BAL			SI NO
OTROS			SI NO

RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		
	hs.	Fecha
Comienzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra Enviada	<input type="checkbox"/>	hs.
Muestra Guardada	<input type="checkbox"/>	
Heladera	<input type="checkbox"/>	
Orina Completa	<input type="checkbox"/>	
Enviada	<input type="checkbox"/>	hs.
Pendiente	<input type="checkbox"/>	
Vol. Total Enviado	<input type="checkbox"/>	ml

TRASLADO DE PACIENTE		
LUGAR	Hs. Salida	

EVOLUCION DE ENFERMERIA		
TM	Pate dormida, acompañada por su mamá, Presento 2 AVP iite en NS2 y NS3, refiere buen descanso, se realiza CSV, se encuentran conservados, Pate Presenta náuseas, leve emesis, se administra antiemético, luego pate desayuna, se lo medica SPM, es evaluada por terapeuta, se realiza baño con duchador, se la lleva al baño con batafalso. Presenta vendaje de Plástico, se en cuenta suelto, se lo acomoda. catósis y diuresis (H) en parat. se controla permeabilidad de AVP. NS2 PENDIENTES: permeable, NS3 refiere dolor, Presenta leve en rajamiento, se realiza AVP de NS3.	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENFERMERA	Silvana C. Condori Lic. en Enfermería MN 76825 MP: 3102	
TT	Pate continúa con CSV estables, sin dolor, se realiza TAC de cerebro de control, Pate menuda, pate evaluada por terapeuta.	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENFERMERA	Pisani A. Tatiana Enfermera Universitaria MN 93706 MP: 152963	
TN	pate refiere cefalea, vendaje post cefalea, Pate presenta AVP en NS2 iite. Vendaje cefálico. Duena (H) en parat. catósis (H) en parat. no refiere dolor. Buen descanso nocturno se ajusta vendaje cefálico por se desplaza.	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENFERMERA	Pisani A. Tatiana Enfermera Universitaria MN 93706 MP: 152963	

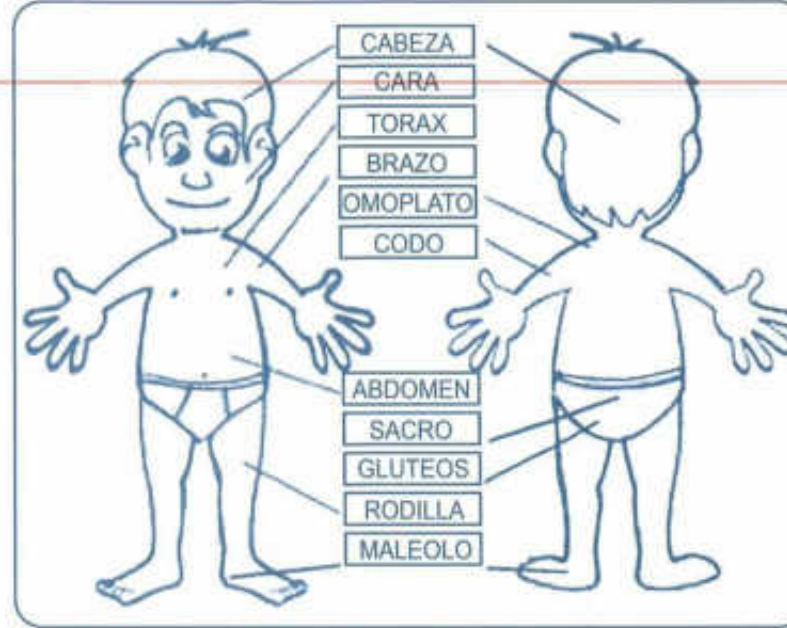
EVALUACION SEDACION			
Horario	TM	TT	TN
Valor de escala			
Sedación SI / NO			
Sedación Continua SI / NO			
Pesp. Post Sedación			

EVALUACION DEL DOLOR			
Horario	TM	TT	TN
Intensidad del Dolor (0-10)			
Admin. Analgésicos SI / NO			
Pespuesta Post Analgesia			
Rescate Analgesia SI / NO			

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Vía Periférica (VP) MS	I	02/06	Traqueo / T. endo.		
Vía Periférica (VP)			Am. / B-Pal.		
Vía Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilórico		
Cateter Lentil y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomía		
Femoral			Yeyunostomía		
C. Percutaneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	TM	TT	TN
Incontinencias			
Doble puntuación	6	6	6
Actividades			
Doble puntuación	2	2	2
Movilidad			
Doble puntuación	0	0	0
Nutrición			
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>



BACTERIO - LABORATORIO			
Muestras	Env	Pres	Guada Helad.
LCR			SI NO
LUCKENS			SI NO
UROCULTIVO			SI NO
HEMOCLT(x)			SI NO
PUNTA CATETER			SI NO
HISOP. NASAL			SI NO
HISOP. ANAL			SI NO
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO
BAL			SI NO
OTROS			SI NO

RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		
	hs.	Fecha
Comienzo		
Finalización		
Muestra Enviada		hs.
Muestra Guardada		
Heladera		
Orina Completa		
Enviada		hs.
Pendiente		
Vol. Total Enviado		ml

TRASLADO DE PACIENTE		
LUGAR		Hs. Salida

### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsera de identificación	Si/No	Si/No	Si/No	Curación de Vía Perif.	/	/	/
Baño en cama	/	/	/	Curación de Vía Central	/	/	/
Baño Pre-quirúrgico	/	/	/	Curación de Herida	/	/	/
Higiene y Confort	X	X		1)	/	/	/
Cambio de ropa de cama	X	/		2)	/	/	/
Higiene Bucal	X	/		Aspiración Subglótica SI/NO	/	/	/
Lavado / Protección ocular	/	/	/	Curación Gastro / Yeyun	/	/	/
Rasurado Quirúrgico	/	/	/	Curación Percutánea	/	/	/
Fijación y Rotación TeT	/	/	/	Curación de Ostomas	/	/	/
Cont. de Balón TeT/Traq. (cm H2O)	/	/	/	Curación Cateter de PIC	/	/	/
Rotar Sensor O2 / PNI	X	X	X	Vendaje Cefálico	/	/	/
Fijación de Sonda Vesical	/	/	/	Compresión Neumática	/	/	/
Fijación de Sonda Enteral	/	/	/	Medias antitrombótica	/	/	/
Cateterismo Vesical	/	/	/	Manta Térmica/Calovertor	/	/	/
Aspiración Secreción	/	/	/	O2 Terapia ( Ltax')	/	/	/
Prevención Úlceras	X	X	X	Asp. Ctua. Pleural(cmbto)	/	/	/
1) Colchón de aire	/	/	/	Inductor de Tos	/	/	/
3) Silicona Spray	/	/	/	Elevación de MMSS	/	/	/
4) Cambio decúbito	X	X	X	Elevación de MMII	/	/	/
5) Parche Hidrocoloides	/	/	/	Cabecera 0° / 30° / 45°	30°	30°	30°
Collar Cervical / Corset	/	/	/	Alineación de la Cabeza	/	/	/
Hipotermia Inducida	/	/	/	Control pulso post hemodinamia	/	/	/
Realización de ECG	/	/	/	Otros:	/	/	/
Valvas MMSS	/	/	/	Otros:	/	/	/
Valvas MMII	/	/	/	Otros:	/	/	/

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Clasificación	Saca	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
Curaciones	TM	TT	TN					
Según protocolo	/	/	/					
Según Ind. Médica	/	/	/					
Evaluación plástica	/	/	/					

Observaciones:

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones:

Marcar con un círculo el lugar lesionado

Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y /o izquierdo de donde se localiza la lesión

Clasificación	Saca	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
Curaciones	TM	TT	TN					
Según protocolo	/	/	/					
Según Ind. Médica	/	/	/					
Evaluación plástica	/	/	/					

OBSERVACIONES

TM sin lesiones por upp

TT sin lesiones por upp

TN sin lesión por upp.

Observaciones:

Cambio de Tubuladuras y otros	X1	X2	X3	ESTUDIOS	R	P	ESTUDIOS	R	P
1) Penfénicos				RX torax	X		Ecografía		
2) Central				TAC			Ecocardiograma		
3) Percutáneo				RMN			EKG		
4) Enteral				Doppler			Transesofagico		
Cambio de Sat. Lav. O2				EEG			Eritoscopia		
Cambio Filtro Humid.				EMG			Fibrobroncoscop		
Circuito de ARM				Por. Evocad.			Otros		
Otros				Punción Lumbar			Otros		

AVUNO  MOTIVO

Preparación Quirúrgica  Camisolín

Hoja Prequirúrgica  Consent.

Botas

Goma

Acompañantes (TM) (TT) (TN)

Parentesco  mamá  papá

Autorización Permanencia

Sujeción Medicina Autorizada SI NO

Desempeño Nodurno

Bueno  Regular  Malo

EVALUACION SEDACION			
Horario	TM	TT	TN
Valor de escala	/	/	/
Sedación SI / NO	NO	NO	/
Sedación Continua SI / NO	NO	NO	/
Resp. Post Sedación	/	/	/

EVALUACION DEL DOLOR			
Horario	TM	TT	TN
Intensidad del Dolor (0-10)	0	16	10
Admin. Analgésicos SI / NO	NO	NO	NO
Respuesta Post Analgesia	/	/	/
Rescate Analgesia SI / NO	/	/	/

**EVOLUCION DE ENFERMERIA**

TM Pate dormida, acompañado por su mamá, con buen despierto nocturno, presenta que en NSI ilte, vendaje cicático suelto, pate se despierta, se alo modo vendaje, se realiza CSU, se encuentran consensados, diuresis y catósis (+) abundante en Piel, se observa zona enrojecida interdigitales, se ausculta a ruidos. Se lo medicó SIMI, pate evaluado por terapeuta, presenta episodio de emesis en 2 oportunidades, se administra antiemético. luego tolera líquido y buena tolerancia.

PENDIENTES: al almuerzo, con trauma con catósis (+), se hizo muestra de orina para mandar a laboratorio, se realizó firma y sello del profesional entrega en enfermería *Silvana C. Condori* M.N. 76825 MP: 3102

TT Pate continúa con CSU estables, se realiza placa de torax, es evaluado por neurocirujano, quien realiza curación de IUX, retina vendaje, desq. currido cubierta con bases y tecciderm. pate se siente en sillón, buena tolerancia, sin dolor durante el turno, 20:45 HS pate presenta emesis, se ausculta a ruidos, se administra antiemético.

PENDIENTES: *Karina Muñoz* Lic. en Enfermería M.N. 75102

TN Pate continúa con CSU estables, se realiza placa de torax, es evaluado por neurocirujano, quien realiza curación de IUX, retina vendaje, desq. currido cubierta con bases y tecciderm. pate se siente en sillón, buena tolerancia, sin dolor durante el turno, 20:45 HS pate presenta emesis, se ausculta a ruidos, se administra antiemético.

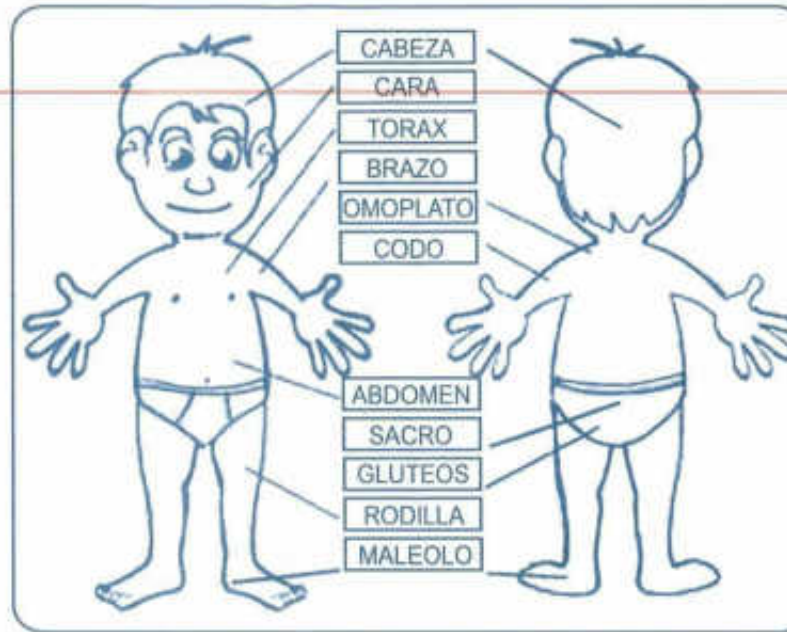
PENDIENTES: *Román E. Oriázar* Lic. Enfermería M.N. 12531 M.P. 125044

*Karina Muñoz* Lic. en Enfermería

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

COLOCACION DE DISPOSITIVOS INVASIVOS					
DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.	DISPOSITIVOS	D/I	Fecha coloc.
Vía Periférica (VP) <i>(retirado)</i>		15/01/06	Traqueo / T. endo.		
Vía Periférica (VP)			Arm. / B-Pal.		
Vía Arterial			Sondeo Nasogastrico		
C. Porta Cath			Sondeo Transpilórico		
Cateter Lentar y Yugular			Sondeo Vesical		
Subclavia			Gastrotomía		
Femoral			Yeyunostomía		
C. Percutáneo			Otros:		
C. Intraoseo					
Cat. Pic. (intra p. intra v.)					
Drenaje Pleural					
Drenaje Lumbar					

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO			
Estado Mental	TM	TT	TN
Incontinencias	6	6	
Doble puntuación			
Actividades	4	4	
Doble puntuación			
Movilidad	4	4	
Doble puntuación			
Nutrición	0	0	
Integridad Cutánea	0	0	
Sensibilidad Cutánea	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	



BACTERIO - LABORATORIO			
Muestras	Env	Perid	Cuanta Hdad
LCR			SI NO
LUCKENS			SI NO
UROCULTIVO			SI NO
HEMOCULT(x)			SI NO
PUNTA CATETER			SI NO
HISOP. NASAL			SI NO
HISOP. ANAL			SI NO
EXTRACCIÓN SANG.			SI NO
BAL			SI NO
OTROS			SI NO

RECOLECCIÓN DE ORINA DE 24 HS		
	hs.	Fecha
Comienzo		
Finalización		
Muestra Enviada		hs.
Muestra Guardada		
Heladera		
Orina Completa		
Enviada		hs.
Pendiente		
Vol. Total Enviado		ml

TRABLAJO DE PACIENTE		
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	
LUGAR	Hs. Salida	

### CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Pulsera de identificación	Si/No	Si/No	Si/No	Curación de Vía Perif.			
Baño en cama	Y			Curación de Vía Central			
Baño Pre-quirurgico				Curación de Herida			
Higiene y Confort				1)			
Cambio de ropa de cama	Y			2)			
Higiene Bucal	Y			Aspiración Subglótica Si/No			
Lavado / Protección ocular	Y			Curación Gastro / Yeyun			
Rasurado Quirúrgico				Curación Percutánea			
Fijación y Rotación TeT				Curación de Ostomias			
Cont. de Balón TeT/Frag (cm H2O)				Curación Cateter de PIC			
Rotar Sensor O2 / PNI	Y			Vendaje Cefálico			
Fijación de Sonda Vesical				Compresión Neumática			
Fijación de Sonda Enteral				Medias antitrombótica			
Cateterismo Vesical				Mania Térmica/Calorventor			
Aspiración Secreción				O2 Terapia ( Ltix )			
Prevención Úlceras				Asp. Ctnea. Pleural (cm H2O)			
Colchón de aire				Inductor de Tos			
3) Silicona Spray				Elevación de MMSS			
4) Cambio decúbito	Y			Elevación de MMII			
5) Parche Hidrocoloides				Cabecera 0° / 30° / 45°			30
Collar Cervical / Corslet				Alineación de la Cabeza			
Hipotermia Inducida				Control pulso post-hemodinamia			
Realización de ECG				Otros:			
Valvas MMSS				Otros:			
Valvas MMII				Otros:			

Valorización según la escala de Arnel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

**CLASIFICACIÓN**  
 Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal  
 Grado II : Llega hasta el plano de la epidermis mucular  
 Grado III : Compromiso al plano muscular  
 Grado IV : Llega al plano perióstico y hueso

Valorización según la escala de Arnel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones:

Marcar con un círculo el lugar lesionado  
 Referencias: En observaciones especificar el sector derecho y /o izquierdo de donde se localiza la lesión

Clasificación	Sacro	Trocant.	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der./Izq.	Der./Izq.	Der./Izq.			Der./Izq.	
Curaciones:	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
Según protocolo	TM	TT	TN	Sinalaciones x decubitos				
Según Ind. Médica								
Evaluación plástica								

Cambio de Tubuladuras y otros				Estudios Realizados				AYUNO <input type="checkbox"/> MOTIVO	
	X1	X2	X3	ESTUDIOS	R	P	ESTUDIOS	R	P
1) Periféricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Percutáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Enteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doppler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transeofofagico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de Sol. Lav. O2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio Filtro Humid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibronoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuito de ARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ref. Escalad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Punción Lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN SEDACION		08
Horario		
Valor de escala		
Sedación SI / NO		
Sedación Continua SI / NO		
Resp. Post Sedación		

EVALUACIÓN DEL DOLOR		08
Horario		
Intensidad del Dolor (0-10)		
Admin. Analgésicos SI / NO		
Respuesta Post Analgesia		
Rescate Analgesia SI / NO		

EVOLUCIÓN DE ENFERMERIA	
TM	Paciente lúcido, de buen ánimo, comunicativo, con AVP en MSE IHR, buena aptitud y tolerancia de dicha vía oral, realiza baño corporal, getine AVP, que se retiró de ambulancia para su traslado a Pleni - Escobar. Buen humor, buen apetito, diuresis (+), cotoxis (-), Rude 7x con curación limpia y seca.
PENDIENTE	<i>(Firma)</i> Lic. Enfermería 2014-2014
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA	
TT	Paciente a su evolución descompensado. Se realiza control de signos vitales, diuresis (+), cotoxis (-). Se retiró el ambulatorio 14:45 hs.
PENDIENTE	<i>(Firma)</i> Lic. Enfermería 2014-2014
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA	
TN	
PENDIENTES:	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ENTREGA	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RECIBE	





## AUTORIZACIÓN COPIA DE HISTORIA CLÍNICA / INFORMES MÉDICOS

**Nota:** Este formulario deberá ser autorizado y firmado por el paciente o familiar a cargo. El presente documento tiene una validez de 365 días a partir de la fecha de autorización.

Nombre y Apellido del paciente: **RIOS JUAREZ LUANA**

Fecha de Nacimiento: **22/07/13**

Cobertura: **PRIVADO**

Por medio del presente documento, y estando en pleno ejercicio de mis facultades mentales, yo **RIOS VICTOR HUGO** en el día de la fecha : **09/02/22** autorizo, al Centro de Rehabilitación Fleni Escobar, a realizar el número de copias de la Historia Clínica/Informes Médicos que sean requeridas, ya sea en forma total o parcial de **RIOS JUAREZ LUANA**

Para ser entregado a: **PRIVADO**

Con motivo de: **Facturación**

Se me ha informado oportunamente, los motivos por el cual se solicita la presente autorización y comprendo los propósitos y sus efectos.

Con mi firma dejo sentada esta autorización: (tachar lo que no corresponda)

Padre o Tutor / Paciente / Familiar

Nombre y apellido: **RIOS VICTOR HUGO**

D.N.I.: **24.340.561**

Firma:.....

HC01

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.  
El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.  
La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

**CONTROL DE EQUIPOS**

**Comité de Calidad.**

*El presente formulario ha sido confeccionado para el control de entrada y salida de equipos, ya sean propiedad de FLENI o de sus pacientes.*

**Datos del paciente:**

Nombre del paciente: **RIOS JUAREZ LUANA**

Nº de cuenta corriente: **749.275**

Fecha de ingreso: **09/02/22** Fecha de egreso:

Equipamiento	Propiedad FLENI	Propiedad Paciente	Marca / Modelo
Silla de ruedas			
Almohadón			
Andador			
Cama			
Otros			

Nombre y apellido acompañante: **RIOS VICTOR HUGO**

Firma:.....

HC02

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.  
El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.  
La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Nombre de quien suscribe: **RIOS VICTOR HUGO**

DNI: **24.340.561**

Solicita la atención en FLENI y declara lo siguiente:

Doy mi conformidad y consentimiento para que FLENI intervenga en la asistencia médica, disponiendo del personal y medios que crea conveniente, para intentar mejorar el estado de salud de:

**RIOS JUAREZ LUANA**

Se me ha comunicado la severidad del cuadro que padece y la modalidad de tratamiento del programa de rehabilitación. El plazo del programa podrá extenderse si se evidencian mejorías objetivas que lo justifiquen. De no existir progresos a lo largo del programa, y cumplido el plazo anteriormente estipulado, el paciente podrá continuar bajo un programa de mantenimiento, ya sea de manera ambulatoria, domiciliaria o en un centro de cuidados crónicos, dependiendo de su condición médica y sus necesidades asistenciales. Se sugerirá la realización de evaluaciones periódicas por parte del equipo interdisciplinario con el objetivo de identificar algún cambio evolutivo positivo que justifique reiniciar un tratamiento intensivo.

Tengo conocimiento de que no es posible garantizar el resultado del tratamiento a través de los programas, prácticas, estudios y tratamientos que se realicen; y de los riesgos, eventuales complicaciones y condiciones imprevistas que puedan surgir en el curso de los mismos y que tal vez requieran programas, prácticas y/ o procedimientos adicionales.

Asimismo, ante cualquier complicación médica, se deja constancia de la conformidad para la

derivación a un centro de atención de agudos: **FLENI BELGRANO**

siempre y cuando esté justificado por los médicos tratantes. Dicha Institución será definida en el momento de la admisión, siempre y cuando sea posible, en conformidad con el seguro médico, el paciente y su familia.

Con el propósito de promover los conocimientos, la atención, la investigación y la educación médica, consiento la fotografía o grabación en video de **RIOS JUAREZ LUANA** como metodología para el registro de su evolución durante el tratamiento, como así también la utilización de los resultados de las evaluaciones que se realicen como parte del tratamiento en trabajos de investigación clínica. Esto último no incluye ensayos terapéuticos

HC03

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.  
El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.  
La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

Al ingresar al programa, me comprometo a cumplir con las indicaciones y respetar los plazos del mismo; y a realizar el máximo esfuerzo para la obtención del equipamiento necesario propuesto por la Institución en el momento del egreso del Centro de Rehabilitación.

Se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas acerca del caso y todas han sido contestadas completa y satisfactoriamente en términos sencillos para mi comprensión.

Confirmando que he leído y comprendido los términos de este consentimiento.

Nombre y apellido del paciente: **RIOS JUAREZ LUANA**

Firma:.....

**9 de febrero de 2022**

En el caso de que el paciente no esté en condiciones de firmar el presente documento, deberá ser firmado por el familiar / responsable:

Nombre y apellido del familiar / responsable: **RIOS VICTOR HUGO**

DNI: **24.340.561** Tel. part.: .....Tel. lab.: .....Tel. Cel.: .....

Domicilio:.....

Firma:.....

Nombre y apellido del testigo: .....

Firma: .....

DNI:.....

HC04

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.  
El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.  
La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

## **DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS PACIENTES**

---

### *LOS PACIENTES DE FLENI TIENEN DERECHO A:*

- Acceder a atención médica y continuidad de la misma.
- Recibir un tratamiento digno y respetuoso en un entorno seguro, debidamente acondicionado y limpio, libre de barreras, considerando sus características psicosociales, espirituales, religiosas, culturales, étnicas, de edad, sexo, nacionalidad, discapacidad, orientación sexual y fuente de financiación.
- Conocer el nombre del médico a cargo de su tratamiento, así como también los nombres y funciones del personal involucrado en el mismo.
- Participar en su atención.
- Recibir directivas médicas avanzadas y designar un responsable para la toma de decisiones de su salud.
- Acceder a la información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, con la suficiente antelación como para poder facilitar la toma de decisiones, a través de una comunicación efectiva y de participación activa en todos los aspectos de su tratamiento, incluyendo su plan de alta.
- Recibir tratamiento de emergencia en caso de que lo necesite.
- En caso de su derivación a otro Centro Asistencial; que la Institución notifique a la brevedad a un familiar / representante de su elección y a su médico de cabecera.
  
- La evaluación, el manejo apropiado e intensivo del dolor y al tratamiento de los síntomas, procurando su confort, preservando su dignidad y teniendo en cuenta sus aspectos psicosociales y espirituales y los de su familia.
- Recibir toda la información con respecto a su tratamiento, incluyendo amplia información sobre los riesgos y beneficios del mismo, para poder decidir y así otorgar el consentimiento informado o rehusar cualquier procedimiento, tratamiento o servicio propuesto.
- Consentimiento Informado: autorizar o denegar la divulgación de su información médica, la composición de su equipo de tratamiento y su participación en proyectos de investigación.
- Tener privacidad, confidencialidad y seguridad de toda su información médica y referente al tratamiento durante su estadía.
  
- Estar informado sobre su participación en proyectos de investigación clínica y educación, vinculados al tratamiento.
- Solicitar una segunda opinión acerca de su diagnóstico o tratamiento médico.
- Acceder a su Historia Clínica (consulte procedimiento al respecto).
  
- Acceder a autoridades públicas para su adecuada representación, servicios de autoayuda y/o apoyo y asistencia espiritual.
- Poder formular libremente una queja sin temor a represalias durante su tratamiento, recibiendo una respuesta concreta por parte de la Institución.
- Recibir cuidado respetuoso y compasivo al final de la vida.

HC05

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326.  
El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.  
La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.

- Tener libertad de acción en caso de abuso, explotación financiera, desagravio, humillación, negligencia, o de cualquier restricción que pueda ser utilizada como mecanismo de coerción, conveniencia o represalia.
- Adherirse a la investigación y resolución ética de presuntas violaciones a sus derechos y a acceder a otros derechos legales.
- Estar notificado acerca de sus Derechos.

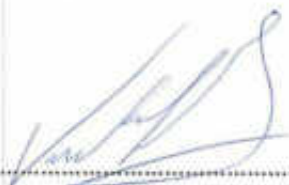
## **RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES**

---

### *EL PACIENTE / FAMILIAR ES RESPONSABLE DE:*

- Proporcionar información exacta y completa sobre sus afecciones presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicación y otros asuntos acerca de su salud.
- Deben comunicar a la brevedad cambios inesperados en su condición a su médico y enfermera. Si no comprende claramente su plan de tratamiento o lo que debe hacer para colaborar con el mismo debe hacérselo saber al médico responsable de su tratamiento.
- Comprometerse con el plan de tratamiento y participar en las clases educativas.
- Firmar una copia del consentimiento médico informado.
- Cumplir con las obligaciones administrativas y financieras de su asistencia médica.
- Cumplir con el reglamento del Instituto de Rehabilitación. Sus visitas también deberán hacerlo.
- Respetar los derechos del prójimo.
- Ser respetuoso y cuidadoso con las pertenencias de otros y del Instituto de Rehabilitación.
- Cuidar su salud.
- Gestionar a la brevedad el equipamiento médico prescripto ante su Obra Social o Seguro Médico y el Certificado de discapacidad, cuando le sea solicitado.
- Informar en el momento de la admisión quienes estarán acompañando al paciente durante su rehabilitación, detallando nombre, apellido y N° de documento.

Firma:.....



**RIOS VICTOR HUGO**

Los Datos Personales recabados en el presente formulario serán utilizados para la atención médica y posterior facturación de las prácticas y tratados con la debida confidencialidad según lo establecido en la Ley 25326. HC06  
El Titular de los Datos Personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos y podrá solicitar la rectificación, actualización y, cuando corresponda, la supresión de los datos incluidos en un banco de datos, en forma gratuita y en los plazos establecidos en la presente Ley.  
La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, Órgano de Control de la Ley 25326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de la norma de Protección de Datos Personales.



FLENI

Area de disfunciones de la marcha  
Laboratorio de marcha y movimiento

Paciente: Liam Rios Juarez  
Edad: 8

Fecha: 27/06/22

Caso:                     

CADERA	Rango de mov.				Fuerza		C.M.S.		Def. Espinal	Escoliosis	Cifosis	Lordosis	Func.
	Derecha		Izquierda		Der.	Izq.	Der.	Izq.	Reacc. de equilibrio	Ant.	Post.	Der.	Izq.
	R1	R2	R1	R2					Sentado				
Flexión,		✓		✓	3 <sup>+</sup>	3 <sup>+</sup>	2	2	Parado				
Ext. prono (Staheli)										Der.	Izq.		
Ext. Pono (rodilla en flex)									Long de MMII	-	-		
Ext. supino (Thomas)		-		-									
Abd c/Rodilla ext.		✓		✓	3	3 <sup>-</sup>	2	2	Fuerza Abdominales				
Abd c/Rodilla flex.		✓		✓	3	3 <sup>-</sup>	2	2					
Aducción							2	2					
Rot. Ext (prono)													
Rot. Int (prono)									Eval. torsional	Derecha	Izquierda		
Test de Ober									Anteversión clínica	/	/		
Comentarios:										Relación muslo-pie	/	/	
										Eje transmalleolar	/	/	
										Comentarios:			
RODILLA	Rango de mov.				Fuerza		C.M.S.		Eval. Neurologica	Derecha	Izquierda		
	Derecha		Izquierda		Der.	Izq.	Der.	Izq.					
	R1	R2	R1	R2					R OT Patelar				
Ang de ext. max		✓		✓					R OT Aquiles				
Ang. flexión supino		✓		✓					Clonus	-	-		
Ang. flexión prono		✓		✓	3 <sup>+</sup>	3	2	2	Babinsky	NO	NO		
Ang popliteo		✓		✓					C.M.S. DF				
Ang popliteo modif.									Test Ely				
Déficit de ext. Act.									Ashworth				
Patella alta		-		-					Flex. Cadera				
Comentarios:										Aductores			
										Recto ant			
										Flex plantares			
										Isquitibiales			
										Tibial anterior			
										Tibial posterior			
TOBILLO	Rango de mov.				Fuerza		C.M.S.		Comentarios				
	Derecha		Izquierda		Der.	Izq.	Der.	Izq.					
	R1	R2	R1	R2									
Dorsiflexion Rod 90°		✓		✓	4	4	4	4					
Dorsiflexion Rod 0°		90°		90°									
Flexión plantar													
Inversión													
Eversión													
Comentarios:				Per. L. C.									
				Per. L. L.									
				Per. Ant.									
				Tibial Ant.									
				Tibial Post.									
				Ext. L. H.									
				Ext. común									
				Flex. común									

\* Manifiesta molestia a la extensión izq.

↳ Hipoextensibilidad de & plantares bilateral, a predominio izq.

Pie sin carga	Derecho	Izquierdo
Subastragalina neutra		
Retropie		
Medio Pie (arco)		
Antepie		
Antepie (vista frontal)		
Antepie (1er rayo)		

Con carga	Derecho	Izquierdo
Retropie		
Medio Pie		
Antepie		
Hallux		
Comentarios:		

### Escalas de Referencia

#### Test de fuerza muscular

- 0 - no se observa movimiento
- 1 - se observa contracción muscular
- 2 - realiza el movimiento sin vencer la gravedad
- 3 - realiza el movimiento en contra de la gravedad
- 4 - realiza el movimiento venciendo una resistencia
- 5 - realiza el movimiento normal.

#### Escala de Espasticidad

- R1 se observa el rango de movimiento en la primera resistencia a la máxima velocidad.
- R2 se observa el rango de movimiento final, en toma lenta.

#### Escala de Ashworth (modificada)

- 0 Ausencia del incremento del tono muscular
- 1 Leve aumento del tono muscular, manifestado por mínima resistencia en el tono al final del movimiento, cuando el miembro es movido en flexión, extensión, aducción, abducción, etc.
- 1+ Leve incremento del tono muscular, manifestado por mínima resistencia en el tono, durante menos de la mitad del movimiento de flexión, extensión, aducción, abducción.
- 2 Mas marcado incremento del tono muscular durante la mayor parte del movimiento, Pero el miembro afectado es fácilmente movable.
- 3 Considerable aumento del tono muscular, el movimiento pasivo es muy dificultoso.
- 4 El miembro afectado es rígido en flexión, extensión, aducción, abducción.

#### Escala de control motor selectivo

- 0- No se evidencia movimiento cuando se pide la flexión dorsal del tobillo
- 1- Se evidencia movimiento del extensor común y extensor del hallux.
- 2- Se evidencia movimiento del extensor común y extensor del hallux y alguna actividad del tibial anterior.
- 3- Actividad del tibial anterior, acompañada de flexión de rodilla y de la cadera
- 4- Actividad del tibial anterior aislada, sin flexión de rodilla y cadera.

#### C.M.S.: Control Motor Selectivo (cadera y rodilla)

- 0 No disocia el movimiento
- 1 Disocia parcialmente
- 2 Disocia completamente

**Formulario: Control de alta / Control de equipos**
**Comité de Calidad.**

El presente formulario ha sido confeccionado para autorizar el alta provisoria o definitiva de los pacientes y controlar la salida y entrada de equipos, ya sean propiedad de ellos o de FLENI.

N° de hojas del formulario: 1

**Datos del paciente:**

Nombre del paciente: Mariano Rios Juarez  
 Nombre del familiar / acompañante responsable: Soledad Juarez  
 Alta transitoria  Alta permanente   
 Fecha y hora de egreso: 30/06/2022 hs. 10:00 Fecha y hora de regreso:                      hs.

El horario de regreso será en todos los casos antes de las 20 hs del día estipulado siendo esta la última hora en la que se entregara comida.

**Importante:**

**FLENI no se hace responsable de lo acontecido desde el momento del alta hasta el momento del regreso del paciente.**

Equipamiento	Propiedad de FLENI	Propiedad del Paciente	Marca / Modelo
Silla de Ruedas			
Almohadón			
Andador			
Cama			
Otros			

**Importante:** El paciente y/o sus familiares se responsabilizan por el uso adecuado del equipamiento, su devolución en las mismas condiciones en las que fueron entregados. La reparación de daños parciales que tuviera el equipamiento retirado será facturada al paciente y en caso de pérdida se deberá abonar a FLENI un valor correspondiente a la reposición del/de los equipo/s.

Laura Silvana Fernández  
Pediatra  
MN 116658 MP 59662

Firma, aclaración y sello del médico que autoriza el alta

Firma y aclaración del familiar/acompañante

## Consentimiento informado para participar de un estudio de investigación clínica

### **Título del Estudio: "Evaluación antropométrica de niños y adolescentes con enfermedad neurológica según alimentación y presencia de disfagia"**

Lo invitamos a participar en este estudio de investigación clínica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

El protocolo de investigación mencionado constituye un estudio descriptivo, observacional, transversal, retro-prospectivo, cuyo objetivo general es describir el estado nutricional según datos antropométricos de niños y adolescentes con enfermedad neurológica según alimentación y presencia de disfagia.

#### **Beneficios esperados**

La antropometría es el método no invasivo más aplicable, por su bajo costo, simplicidad y validez, para evaluar el tamaño, las proporciones e, indirectamente, la composición del cuerpo humano, siendo un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición.

La evaluación antropométrica hace posible la identificación de individuos o poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos futuros. El conocimiento de estas características permitirá seleccionarlos para la implementación de intervenciones, planificar las acciones a desarrollar e identificar las necesidades de recursos.

#### **Procedimientos**

La participación en este estudio implica la obtención de las medidas de peso y estatura. No requiere tratamientos adicionales a los que al paciente se le realizan habitualmente por su condición de enfermedad.

### **Confidencialidad**

Todos los datos recogidos por este estudio serán guardados en forma confidencial y solo serán usados para responder los interrogatorios planteados por el investigador. No será identificado/a personalmente en ninguna lista o reporte originado de este estudio.

### **Conformidad de participar**

La firma de este consentimiento implica que usted ha leído, comprendido y aceptado lo anterior. También que el profesional que lo invitó a participar del estudio se lo explicó y despejó todas las dudas que Ud. planteó.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, y puede ser revocada en cualquier momento. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación, o retirar su decisión de participar. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No se ofrecerá ninguna compensación económica por participar en el estudio, pero su participación tampoco le supondrá a usted ningún coste añadido.

Por su participación en este estudio no obtendrá beneficios concretos inmediatos, pero los datos que se pueden adquirir con la participación de pacientes como su hijo/a o representado puede generar nuevos conocimientos y posibles mejoras en los tratamientos de pacientes como él/ella.

La participación en este estudio descriptivo observacional no implica ningún riesgo adicional para el paciente.

Al tratarse de un estudio observacional y no de intervención no se precisa ningún tipo de póliza de seguros para cubrir daños y perjuicios.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

Ud. firmará dos formularios idénticos: uno para que lo conserve y pueda consultarlo cuando lo desee, y otro que quedará en su Historia Clínica de FLENI por motivos regulatorios.

Este estudio se llevará a cabo conforme a las normativas locales, la Conferencia Internacional de Armonización y las guías de Buena Práctica Clínica. Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético de investigación clínica, y se realiza en virtud del acuerdo de la Dirección del Centro.

En caso de dudas respecto a sus derechos como participante de este estudio de investigación, usted puede dirigirse o contactarse con la *Lic. Verónica Vazquez (0348 441-0000 interno 7026)*.

### **Consentimiento Informado**

Me han explicado de manera clara y en términos que he comprendido la naturaleza, propósito, procedimientos, beneficios, riesgos, la finalidad del estudio de investigación y su carácter

confidencial. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a o representado participe en este estudio de investigación. He recibido una copia de este consentimiento y entiendo que una copia firmada será conservada en los registros médicos en el centro de investigación. Si yo tuviera preguntas posteriores acerca del estudio podré contactar al investigador comprometido con el estudio de investigación.

En base a la información y precisiones que he recibido, autorizo a que se realice el estudio a mi hijo/a o representado.

Sin perjuicio de lo expuesto, dejo constancia también que tal como se me ha explicado, toda la información médica será tratada con la debida confidencialidad y reserva, cumpliendo con las pautas y recaudos establecidos por la ley de Protección de Datos Personales (Ley 25.326).

Dejo constancia de haber sido informado que puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo al estudio, bajo mi responsabilidad, conforme a lo que dispone la legislación vigente (Ley 26.529).

Firma del paciente o Tutor/Representante Legal: 

Aclaración: Para Saludar

Número de documento: 79750426

#### Declaración de Responsabilidad del Investigador

He explicado la naturaleza, propósito, procedimientos, beneficios de este estudio de investigación. He ofrecido responder a cualquier pregunta que se me formuló y he respondido en su totalidad a tales preguntas. Creo que el familiar o representante legal, comprende cabalmente mi explicación y ha dado libremente su consentimiento.

Firma del Investigador: 

Verónica A. Vázquez  
Lic. en Nutrición (UBA)  
M.N. 6571 - M.P. 2536

Aclaración y número de matrícula o sello:

Número de documento: 29.536.209

Fecha del CONSENTIMIENTO INFORMADO: 8 / 4 / 22.

Número del paciente: 006

Iniciales del paciente: LJR

  
COMITÉ DE ÉTICA  
FLENI ESCOBAR

**Reunión Interdisciplinaria con Familiares**

Apellido y Nombres del Paciente: RIOS JUAREZ LUANA Fecha 29/04/2022

HC 749.275 Familiares Presentes

Especialidad	Observaciones
Pediatría	Estos aspectos lo <del>señala</del> del Dr. Jaramiel y la Dra. Ferrer. Se informó cuadro febril que presenta fuera debido al SEC.
Pediatría	Se explican los antecedentes y cuadro que presenta. Evolución febril, proceso de rehabilitación. Evolución de cuadro. Etapas de la rehabilitación. Papeles presentados a seguir.
Urinología	Abordaje y Plan de trabajo a la fecha, trabajo conjunto con otros áreas. Evolución clínica. → Sintomatología actual. Procesos y eventos clínicos que se están efectuando.
Neuropsicología	Plan y Abordaje efectuado. Evolución, calificación. Mejoras observadas y detección. Herramientas. Puntos.
Fonoaudiología	Aplicación de trabajo. Evolución efectuada.
Terapia Ocupacional	Trabajo conjunto con el área de Fono y Neuropsicología.
OT	Objetivos trabajados. Evolución, calificación.
Biología	Evolución clínica. Trabajo. Trabajo con familia (relacionado).

Preguntas de los Familiares: ¿Cuál es la causa de los puntos que presenta fuera? ¿Cuál fue el resultado de la fonoaudiología? ¿Cuál es el objetivo del cuadro clínico? ¿No mejoró el

Observaciones: ¿cuál es el tiempo de la consulta? ¿cuáles fueron los puntos que mejoraron, es de otro tipo de puntos? ¿por qué mal funcionamiento de su aparato digestivo? ¿cuando se

Firma y Sello de Profesionales intervinientes	Firma y Aclaración de Familiares
<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

apropiada? ¿Cuál es la intención. Pueden usarse o mejorar cuando tiene que tomar los medicamentos? El Dr. Jaramiel mencionó que tiene que estar trabajando verbal, porque cómo no lo hacen aún?

**Reunión Interdisciplinaria con Familiares**

Apellido y Nombres del Paciente: RIOS JUAREZ LUANA		Fecha 25/03/2022
HC 749.275	Familiares Presentes	

Especialidad	Observaciones
Pediatría	Evaluación inicial. Aspectos de rehabilitación. Recambio de padre por cirugía 29/3. Necesidad actual - Cambio de Propanolol.
Psiquiatría	Evaluación inicial - Procesos. Necesidad de diagnóstico - Tránsito y síntomas escolares - Adaptación cambio de abordaje.
Neuropsiquiatría	Evaluación efectiva. Aspectos de llenos e curso. Aspectos y procesos de lenguaje - Necesidad de diagnóstico - Cop. de escritura, lle - Ciudad Autónoma.
Fonología	Evaluación inicial y aspectos de trabajo. Procesos de llenos e curso. Necesidad de diagnóstico - Necesidad de lenguaje espontáneo. Necesidad de escritura.
Terapia Ocupacional	Evaluaciones y aspectos de estas habilidades conjuntamente con otros áreas. Necesidad de intervención con el entorno. Subordinación, v.g. Uchaco.
Psicología	Evaluación efectiva o nivel de funcionamiento. Aspectos de trabajo. Necesidad de apoyo para acompañar el desarrollo personal.

Preguntas de los Familiares: Como debe ser la medicación en fase de prueba? El uso de la silla - equipamiento? Necesariamente?

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma y Sello de Profesionales intervinientes	Firma y Aclaración de Familiares



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 09/02/2010  
CAMA: 215

ALERGIAS: -

EDAD: 8 años

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Apl: 36358

Afi: -

Nro Pac: 749275

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

INT

HORARIO	13:15 hs.	15:00 hs.	22:10 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	100/60	100/60	100/60								
FRECUENCIA CARDIACA	106x	110x	107x								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	14x	16x	18x								
Tª Axilar / Central	35.5°c	35.9	36.1°c								
Sa O2%	97%	98%	98%								
GLASGOW (escala pediátrica)	9/15	9/15	9/15								
INGRESOS / HORARIOS	hs. 1730	hs. 1830	hs. 20:50	hs. 22:10	hs. 00	hs. 03	hs. 06	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP	-										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV	-										
LIQUIDOS ORAL	-										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/ha)	-	250	250	250/500	-1500	250/350	-1750	250/1000			
EXPANSIÓN ENTERAL	-		200	200	-1200	-1200	-1200	-1200			
INGRESOS TOTALES	-	250	450	700	700	950	950	1200			
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	370	180/550	120/670	670	-1670	300/970	200/1170	-1170			
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>	-										
CATARSIS Sotia <sup>1</sup> / Blando <sup>2</sup> / Dismica <sup>3</sup>	-										
SNG / EMESIS	-										
DRENAJES	-										
DENSIDAD URINARIA	-										
EGRESOS TOTALES	370	550	670	670	670	970	1170	1170			
BALANCE	370	300	-230	30	30	-20	-220	-220			

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha			
Reposera / Catafalco / Silla			
Higiene y Confort	X		
Higiene Bucal			
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/5 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin./ Suposit.			
Preven. úlcera	X		
1) Colchón aire	X		
3) Silicona Spray			
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)			
5) Almohadón Roho			
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevacion MMSS D - I			
Elevacion MMII D - I			
Pulsera de Identificación	SI-NO	SI-NO	SI-NO
Peso Actual Kgrs			

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	1	2
Administ. Analgesia SI - No	NO		
* Respuesta Pos-analgesia			
Rescate Analgesia SI - No			

\* Referencia: con escala de dolor

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberon  SNG  Gastrost.  Yeyunost.   
 ACOMPAÑANTES:  Papá  Mamá  Otros

### EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA

Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO   
 Marcha: SI  NO  Equilibrio: SI  NO  Coordinación: SI  NO  Movilidad: SI  NO   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no este completo)

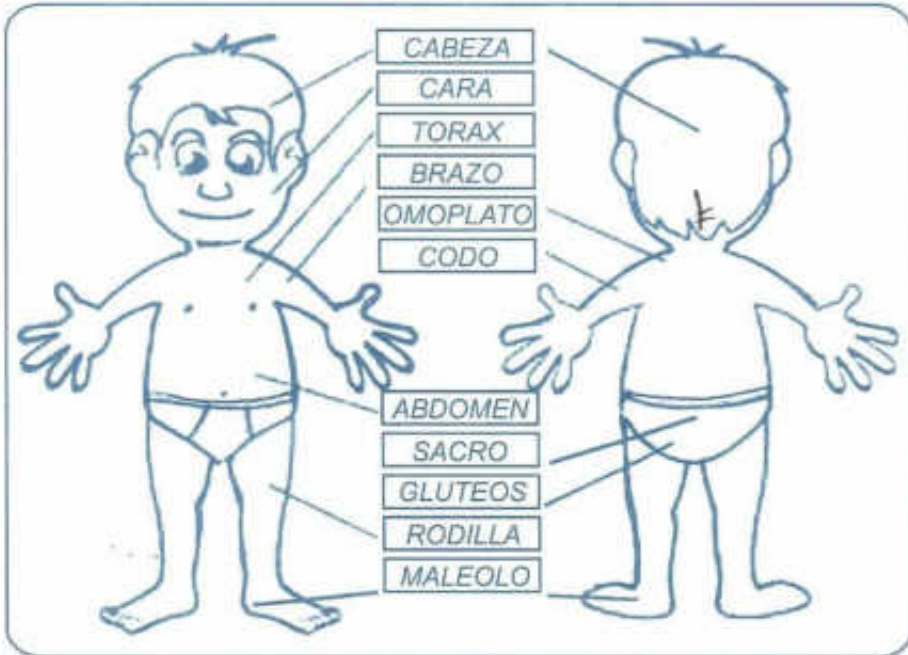
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / heridas	X	X	X
Asegurar un buen descanso			
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: *dehiscencia de Herida Dx*

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM 2	TT	TN 1
Estado Mental		1	
Incontinencias	4	4	4
Doble puntuación			
Actividades	4	4	4
Doble puntuación			
Movilidad	4	4	4
Doble puntuación			
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Secra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.			Der/Izq.	
Curaciones	TM	TT	TN					
sf clorhex/plasult según ind. med.								
eval. plastica								

#### OBSERVACIONES

se topico y alcohol y buccion sindrome

#### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input checked="" type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Cual ?	9/02/22
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>		

#### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Traslado de Pacientes

LUGAR	
Hs. Salida	
LUGAR	
Hs. Salida	

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM Observaciones Asistenciales *Paciente fue ingresado a las 13.15hs al embulonamiento con compañía de su mamá. De Tex enere, desplazado con VDVP. Clorhex 11/15, Amie. s/n; sin control de esfínteres. No tiene control cefálico, que diferencia hipertónica. No tiene lesiones de apoyo, Herida en occipital con dehiscencia 3x1 con vellos normales. Se toma Anisofracol, para mubente.*

Observaciones de Medicación: *No requiere en el turno.*

*[Firma y sello de enfermera profesional]*

TT Observaciones Asistenciales *Paciente el gestorno seules espontaneo, notando de aumento de distensión respiratoria cuando por el equipo respiratorio, se realiza con: Steth. CP de por su D por gong sib. y esp de agua: medición ⊕ en ped y centro de rojo de curas*

Observaciones de Medicación: *medicado por su D si need medica.*

*[Firma y sello de enfermera profesional]*

TN Observaciones Asistenciales *Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su mamá, se acondiciona a la paciente para su descanso; recibe afe por su D a gavage con buena tolerancia gástrica se encuentra en aislamiento resp. preventivo institucional (Covid-19); poca tolerancia a los rotavirus de dehibito corporal. (mucoira mlt y mss).*

*[Firma y sello de enfermera profesional]*

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno hacer (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 10-02-22.

ALERGIAS

EDAD 8 años

CAMA 245

TCC

252

KGS.

FIM INICIAL

ROJO

AMARILLO

VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

HORARIO	8:30 hs.	14:50 hs.	23:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60									
FRECUENCIA CARDIACA	100x'	104'	86x'								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	20x'	20x'								
Tª Axilar / Central	36,8°C	36,1	35,6								
Sp O2%	97%	98%	94+								
GLASGOW (escala pediátrica)	13/15	13/15	13/15								
INGRESOS / HORARIOS	9 hs.	12:30 hs.	15:00 hs.	17:00 hs.	18 hs.	20:30 hs.	23:30 hs.	04 hs.	06 hs.	hs.	hs.
PHP											
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	250/500	500	250/750	750	250/1000	250/1250	250/1500	-1500		
EXPANSIÓN ENTERAL					250	250	-1250	-1250	-1250		
INGRESOS TOTALES	250	500	500	750	1000	1250	1500	1750	1750		
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	120	220/340	+50 +340	130/470	+50 640	640	150/790	240/1030	-1030		
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS <sup>3</sup> Solu <sup>4</sup> / Blanda <sup>5</sup> / Diamica <sup>6</sup>			+++								
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	120	340	340+50	470+50	640	640	790	1030	1030		
BALANCE	+190	+160	160	280	360						

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	C	-	-
Reposera /Catafalco /Silla	-	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular	-	-	-
Higiene Perineal	-	-	-
Pervinox	-	-	-
Clorhexid	-	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C/4 - C/6 - C/8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin./ Suposít.	-	-	-
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
2) Silicona Spray	-	-	-
4) Cambio decúbito (1,2,3.....)	X	X	X
5) Almohadón Roto	-	-	-
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMII D - I	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-
Elevación MMII D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgrs	-	-	-

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	0
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rescate Analgesia Si - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA** Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Ziberon  SNG  Gastrof.  Yeyunof.

**ACOMPANANTES** SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Órdenes SI  NO

Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

**SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA**

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

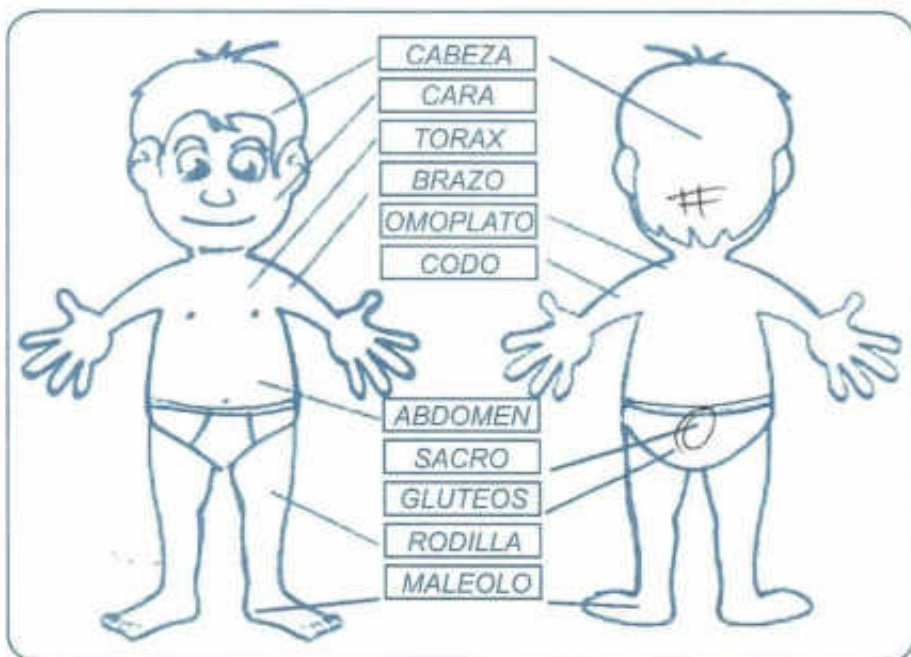
## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	-	-
Manejo del Dolor	-	-	-
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	-	-	-
Higiene distal	X	X	X
Aislamiento infecciológico	X	X	X
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: escara occipital

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM 2	TT	TN 1
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>

Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	6/1			
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plástica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TM	TT	TN		

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>			Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>		
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>		
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>			Cual ?			
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo				hs. finalización			

#### Traslado de Pacientes

LUGAR	
Hs. Salida	
LUGAR	
Hs. Salida	

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo: \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg.  Camisolín  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no este completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales	Paciente con signos vitales normales, buucle en cama. Somnolento ante estímulos, respiración ruidosa. Se realiza curación de escara occipital con curio de SNG, controlada por la médica. Recibe AE, tola. Realiza sus troques en la habitación ya que se encuentra en cuarentena.
	Observaciones de Medicación:	Recibe medicación indicada.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Niña reactiva. Con q. de suda. espontánea. Paciente ante un contexto de ansiedad. Recibe AE por SNG y cup de agua 150ml. Presenta ruidos y let. en paud. Realiza sus troques en la habitación por causa de aislamiento resp. sede de Covid 19.
	Observaciones de Medicación:	Medicada por SVD según médica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente con signos vitales dentro de parámetros estables. Acompañado por su mamá.
	Observaciones de Medicación:	Dirección + en paud. Recibe AE por SNG. Se encuentra en aislamiento preventivo por Covid 19. Mantiene buen descanso nocturno.
	Observaciones de Medicación:	Paciente medicada según indicación médica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACION PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Af:   
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

FECHA: 11/02/22 ALERGIAS: No EDAD: 8 Años

CAMA: 215

25' KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

DIAGNOSTICO: TFC

HORARIO	8:30 hs.	16:15 hs.	21:50 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESION ARTERIAL	90/60	90/60	90-60							
FRECUENCIA CARDIACA	87x'	105	82x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	18x'	19x'							
Tª Axilar / Central	36.1°C	35.9	36.2°C							
Sa O2%	98%	99%	99%							
GLASGOW (escala pediátrica)	13/15	13/15	13/15							
INGRESOS / HORARIOS	9 hs.	12:30 hs.	16:30 hs.	19:40 hs.	20:00 hs.	21:50 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.
PHP										
ATRIANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	250 / 500	250 / 750	750	750	250 / 1000	250 / 1250	-1250	250 / 1500	
EXPANSION ENTERAL				200	200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	250	500	750	950	950	1200	1450	1450	1700	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	60	220	280	450	450	100 / 550	210 / 760	-1760	150 / 910	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Soluta <sup>1</sup> / Blanda <sup>2</sup> / Dietetica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	60	280								
BALANCE	+190	+220								

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera /Catafalco /Silla	R	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	-	-
Lavado y Protección ocular	-	-	-
Higiene Perineal	-	-	X
Periox / Clorhexid	-	-	-
J. Neutro / oleo y	-	-	X
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C/4 - C/6 - C/8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin / Suposit.	-	-	-
Prevenc. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	-	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	-	X	X
5) Almohadón Roto	-	X	X
Válvulas MMSS D - I	-	-	-
Válvulas MMII D - I	-	-	-
Elevacion MMSS D - I	-	-	-
Elevacion MMII D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgs	-	-	-

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	No
* Respuesta Pos-analgésica	1	1	1
Rescata Analgesia Si - No	No	No	No

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberón  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPAÑANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

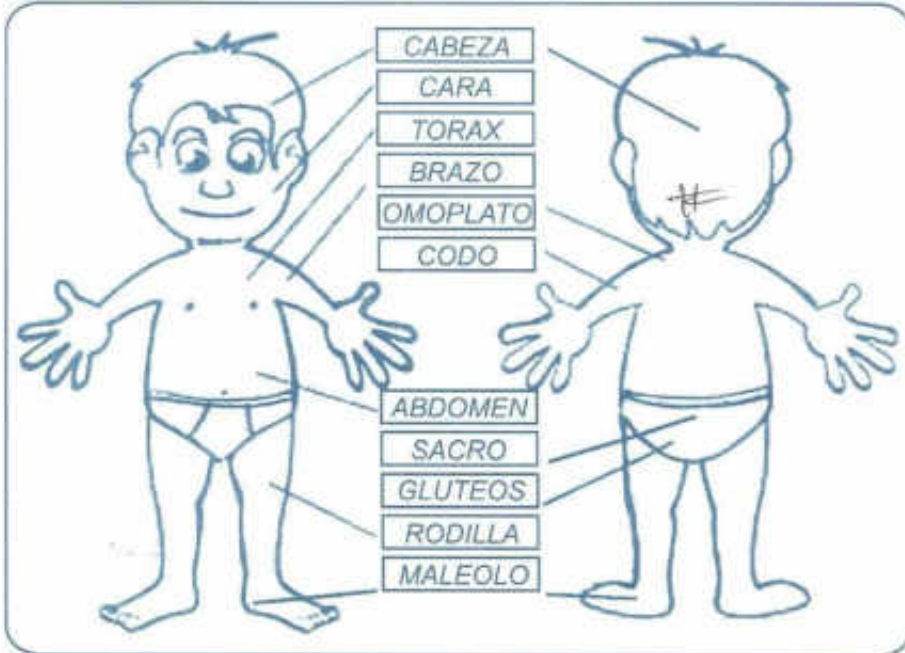
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	X	X
Manejo del Dolor	-	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	-	-	-
Educación del Paciente / Filar	X	-	-
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	-	X	X
Higiene diaria	-	X	X
Aislamiento infectológico	-	-	-
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	-	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	6	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>15</b>

Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacro		Trocante		Talón		Codos		Cabeza		Esternón		Maleólo		Otros	
	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.
Curaciones:	TM		TT		TN											
af clorhex/plasulf según ind. med. eval. plastica									TM							
OBSERVACIONES																
Huida Limpia con tejidos pre-moisteados.																

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>				
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>				
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>				
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>				
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo			hs. finalización			

Colocación de Dispositivos Invasivos				
	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Prec  Camisolín  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Bueno  Regular  Malo

**Traslado de Pacientes**

LUGAR

Hs. Salida

LUGAR

Hs. Salida

**Cambio de Tubuladuras**

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales		
	Paciente estable, Monidionado, Recibe AE por SNG, tolera je religión test, repitió conio, se levanta sistemático. Realiza sus ejercicios en la habitación.		
	Observaciones de Medicación: Recibe medicación indicada.		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Claudia Benanigo                      Enfermera Profesional                      M.N. 54629 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Claudia Benanigo                      Enfermera Profesional                      M.N. 54629 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Medicación RECIBE                 </td> </tr> </table>	 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
TT	Observaciones Asistenciales		
	Paciente y apertura de ves en tiempo de su casa. mas los tiempos programados. CSV: stable. Pto de Cat de su casa. Se cambio rep de casa. Recibe Hectomia de puer de su cuerpo.		
	Observaciones de Medicación: medicado por lo SNG y suel medica.		
	Ovudo P/ volenios Pco II de de (ess)		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Claudia Benanigo                      Lic. Enfermería                      M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Claudia Benanigo                      Lic. Enfermería                      M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Medicación RECIBE                 </td> </tr> </table>	 Claudia Benanigo Lic. Enfermería M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	 Claudia Benanigo Lic. Enfermería M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
 Claudia Benanigo Lic. Enfermería M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	 Claudia Benanigo Lic. Enfermería M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
TN	Observaciones Asistenciales		
	Paciente que se encuentra durmiendo desde el inicio de la guardia, recibe afe por SNG administrado a goteo con buena tolerancia gástrica, se accede a la paciente.		
	Medicada en tiempo y forma según sus medica.		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Claudia Benanigo                      Enfermera Profesional                      M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Claudia Benanigo                      Enfermera Profesional                      M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Medicación RECIBE                 </td> </tr> </table>	 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	 Claudia Benanigo Enfermera Profesional M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 12-02-22

ALERGIAS

EDAD: 8 años

CAMA: 215

25.2 KGS

FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

DIAGNOSTICO: DEC

HORARIO	800 hs.	1545 hs.	2230 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	100/60	90/60	100/70								
FRECUENCIA CARDIACA	117	100	97								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	18	18								
Tª Axilar / Central	36.9	36.3	35.9								
Sa O2%	97	98	97								
GLASGOW (escala pediátrica)	13/15	13/15	13/15								
INGRESOS / HORARIOS	800 hs.	1100 hs.	1300 hs.	1640 hs.	1900 hs.	2040 hs.	2230 hs.	2410 hs.	03 hs.	06 hs.	
PHP											
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	200	200	250/450	250/700	700	250/950	-/950	250/1200	-/1200	250/1450	
EXPANSIÓN ENTERAL		250	250	250	250	250	-/250	-/250	-/250	-/250	
INGRESOS TOTALES	200	450	700	950	950	1200	1200	1450	1450	1700	
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	200	220/420	220/640	150/190	230/290	1020	-/1020	160/1170	-/1170	-/1170	
Cateterismo Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS Sólida <sup>1</sup> / Líquida <sup>2</sup> / Dánica <sup>2</sup>											
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	200	620	640	790	1020	1020	1020	1170	1170	1170	
BALANCE		30	60	160	70	180	180	280	280	280	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera /Catafalco /Silla	R	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	-
Lavado y Protección ocular	-	-	-
Higiene Perineal	-	-	-
Pervinox	-	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C4 - C6 - C8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin / Suposit.	-	-	-
Prevenc. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,...	X	X	X
5) Almohadón Robo	X	X	X
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMII D - I	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-
Elevación MMII D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	SI	NO	SI
Peso Actual Kgrs	-	-	-

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	II	III	T. NOCHE
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	0
* Respuesta Pos-analgesia	1	1	1
Rescate Analgesia Si - No	1	1	1

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberón  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES:  SI  NO  
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO   
 Obedece Ordenes: SI  NO   
 Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

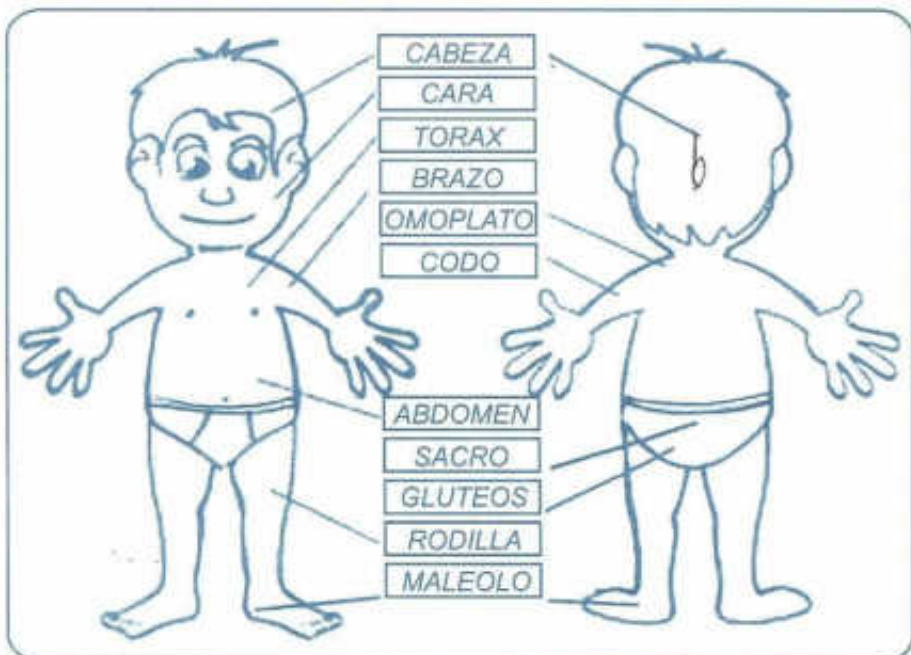
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda . Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	1 TM	1 TT	TN 1
Incontinencias			
Doble puntuación	4	4	4
Actividades			
Doble puntuación	4	4	4
Movilidad			
Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	2	2
Sensibilidad Cutánea	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

**CLASIFICACIÓN**  
 Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal  
 Grado II: Llega hasta el plano de la oponible muscular  
 Grado III: Compromete el plano muscular  
 Grado IV: Llega al plano periosteal y óseo

Observaciones: \_\_\_\_\_

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones:	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasuit según ind. med. eval. plastica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		TM	TT	TN		

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>			Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>		
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>		
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>			Cual ?			
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo								hs. finalización

### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12/2
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolín  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

**TM Observaciones Asistenciales** Paciente no dormido y gestiones de auto higiene. Oede de edemas limpios. CV: stable. Acordado a modo para sus terapias programadas de por sus como BTG y cep de agua. Medicación en paut. Baño en duchas, limpiador aplico y cambio de rop de cama. He visto de depresión, se lo analizo de paut. Observaciones de Medicación: medicado por sus s/ind medico

Firma y sello Enf. Asistencial: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

Firma y sello Enf. Medicación: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

**TT Firma y sello Enf. asistencial RECIBE** Observaciones Asistenciales: Paciente reactiva qd p de auto higiene. Paciente auto higiene, CV: stable. Se discute por sus. Por como BTG. Medicación en paut, Bºº Baño Catºº Medicación de cambio rop de cama y se medido sus con el control de lo pedido. Observaciones de Medicación: medicado por sus s/ind medico

Firma y sello Enf. Asistencial: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

Firma y sello Enf. Medicación: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

**TN Firma y sello Enf. asistencial RECIBE** Observaciones Asistenciales: Paciente acompañado por su mamá. CV: dentro de parámetros estables. Presente una reanimación. Observaciones de Medicación: Ale por suyo. Diuresis en paut. Mantener buen diuresis nocturna.

Firma y sello Enf. Asistencial: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

Firma y sello Enf. Medicación: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

Paciente tratado según indicación médica

Firma y sello Enf. Asistencial: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

Firma y sello Enf. Medicación: *Lu Cecilia* CLAUDIA BENANIGO Lic. Enfermería M.P. 15133A

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando correspondan con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

FECHA: 19-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 8 años

CAMA: 215

ES KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

DIAGNOSTICO: TEC

HORARIO	08 hs.	12 hs.	16:30 hs.	19:00 hs.	20:30 hs.	21:30 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	100/70	90-60						
FRECUENCIA CARDIACA	80	96	102						
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	18	20						
Tª Axilar / Central	36.2	36.5	36.4						
Sa O2%	97	96	97						
GLASGOW (escala pediátrica)	13/15	13/15	13/15						
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	12 hs.	16:30 hs.	19:00 hs.	20:30 hs.	21:30 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.
PHP									
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV									
LIQUIDOS ORAL									
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	500	700	600	250/8:30	1850	250/11:00	1100	250/14:00
EXPANSIÓN ENTERAL	100	100	100	100	200	600	1200	1200	1200
INGRESOS TOTALES	350	600	700	800	1050	1050	1300	1300	1750
EGRESOS									
DIURESIS Espontánea	200	300	250	120	890	200	1090	1090	200
Cateterismo Sonda Vesical <sup>R</sup>									
CATARSIS Solut <sup>1</sup> / Mand <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>									
SNG/EMESIS									
DRENAJES									
DENSIDAD URINARIA									
EGRESOS TOTALES	200	520	770	890	890	1090	1090	1090	1290
BALANCE	150	80	70	90	160	0	210	210	460

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS	TURNO			TURNO	TURNO		
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	X						
Reposera / Catafaco / Silla	X						
Higiene y Confort	X						
Higiene Bucal	X						
Lavado y Protección ocular							
Higiene Perineal							
Pervinox							
J. Neutro							
Control balón traqueostomía							
Cambio de traqueostomía							
Cateterismo Vesical							
C/4 - C/6 - C/8							
Control Ecograf. Urinario							
Estimulac. Intestin. / Suposit.							
Prevenc. úlcera	X						
1) Colchón aire	X						
3) Silicona Spray	X						
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	X						
5) Almohadón Rollo	X						
Valvas MMSS D - I							
Valvas MMII D - I							
Elevacion MMSS D - I							
Elevacion MMII D - I							
Putera de Identificación							
Peso Actual Kgrs							

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	No
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rescate Analgesia Si - No	-	-	-

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberon  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES:  SI  NO  
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO

Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

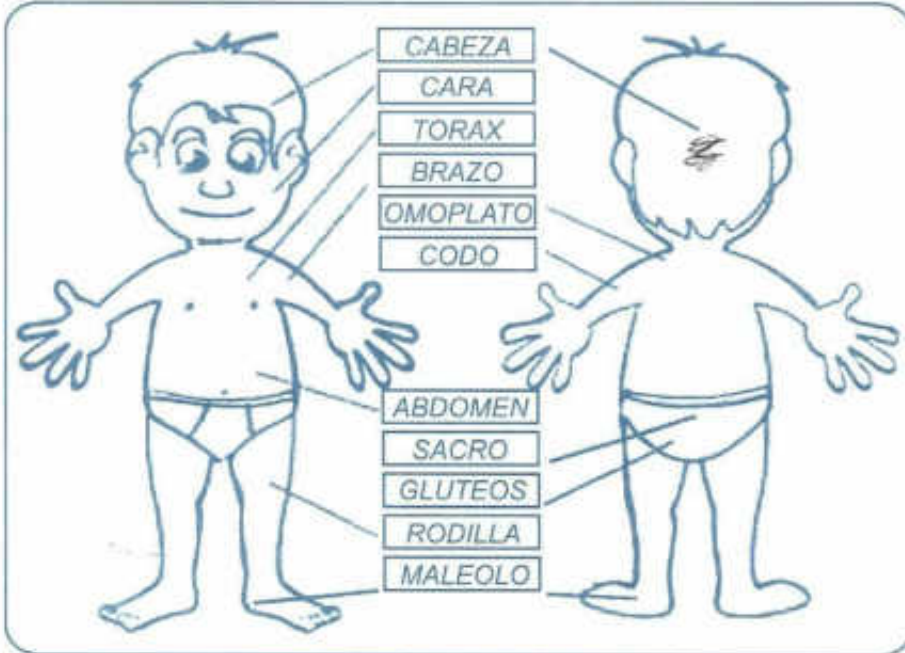
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-voical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valoración según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental	0	0	0
Incontinencias Doble puntuación	6	6	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>14</b>

Valoración según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacro		Trocante		Talón		Codos		Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.	Der/	Izq.			Der/	Izq.
Curaciones	TM		TT		TN				<input checked="" type="checkbox"/>			
si clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					TM <u>vena sodica</u>			

#### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.		Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Cual ?		
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>			
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="text"/>	hs. finalización	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13/2
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.   
 Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

#### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_  
 LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros .....		

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales
	Estable. Se realiza baño en dicha y cuidados de piel. Por su estado nasocentrica por reusable.
	Observaciones de Medicación: La medicación según indicación
	<i>[Firma]</i> Firma y sello Enf. Asistencial
	<i>[Firma]</i> Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Observaciones Asistenciales: Poca actividad, q des como por lo tarde. Obs: Stalle, se solo S/D, la unguento se vendosa. en mano derecha. Comodoro por lo pedido de que de resaca Colonis @ chudum líquido, tambien oridicolo por lo pedido unguento. de 1/2 esp de agua por sorope.
	Observaciones de Medicación: unguento por S/D s/ una medic.
	<i>[Firma]</i> Firma y sello Enf. Asistencial
	<i>[Firma]</i> Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Observaciones Asistenciales: Paciente que se encuentra disminuido desde el inicio de la guardia, se encuentra acompañada por su madre; recibe afe por sus administrados a queque con buena tolera gastrica.
	Observaciones de Medicación: Medicada en tiempo y forma según ind. medica.
	<i>[Firma]</i> Firma y sello Enf. Asistencial
	<i>[Firma]</i> Firma y sello Enf. Medicación

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA  
HC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Rfi:  
DNI: 53123159  
OS: PRIVADO  
Nro Pac: 749275

FECHA: 14-02-22  
CAMA: 215  
ALERGIAS: -  
EDAD: 8 años

25 = KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

HORARIO	8:00 hs.	16:00 hs.	21:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	-								
FRECUENCIA CARDIACA	100	96	99								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	18	20x1								
Tª Axilar / Central	36.6	35.9	36.1								
Sa O2%	99	99	99								
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15								
INGRESOS / HORARIOS	08:00	10:00	13:00	13:40	16:20	20:30	21:30	24	04	06	
PHP											
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	350	250	250/500	250/750	250/1000	-1000	250/1250	250/1500	-1500	
EXPANSIÓN ENTERAL			200	200	200	200	-200	-200	-200	-200	
INGRESOS TOTALES	250	250	450	700	950	1200	1450	1700	1700	1700	
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	240	280	390	220	200	200	-11200	200	1320	-1320	
Cateterismo Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS Sula <sup>1</sup> / Banda <sup>2</sup> / Diarrea <sup>3</sup>											
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	210	390	390	660	860	1120	11200	1320	1320	1320	
BALANCE	40	140	60	40	90	80	80	130	380	380	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera / Catafalco / Silla	R	-	-
Higiene y Confort	4	4	X
Higiene Bucal	6	11	-
Lavado y Protección ocular	1	11	-
Higiene Perineal	1	1	-
Periox / Clorhexid	1	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C/4 - C/6 - C/8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin / Suposit.	-	-	-
Prevenc. úlcera	6	6	X
1) Colchón aire	6	6	X
3) Silicona Spray	1	6	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	4	6	X
5) Almohadón Roto	6	6	-
Válvulas MMSS D - I	-	1	-
Válvulas MMII D - I	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-
Elevación MMII D - I	-	-	-
Pulsera de identificación	SI/No	SI/No	SI/No
Peso Actual Kgrs	-	-	-

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TH	TT	TNOXR
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	9
* Respuesta Pos-analgésia	-	-	-
Rascaté Analgesia Si - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesifex SI  NO   
 Sibernon  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Órdenes SI  NO   
 Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: [Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X] (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

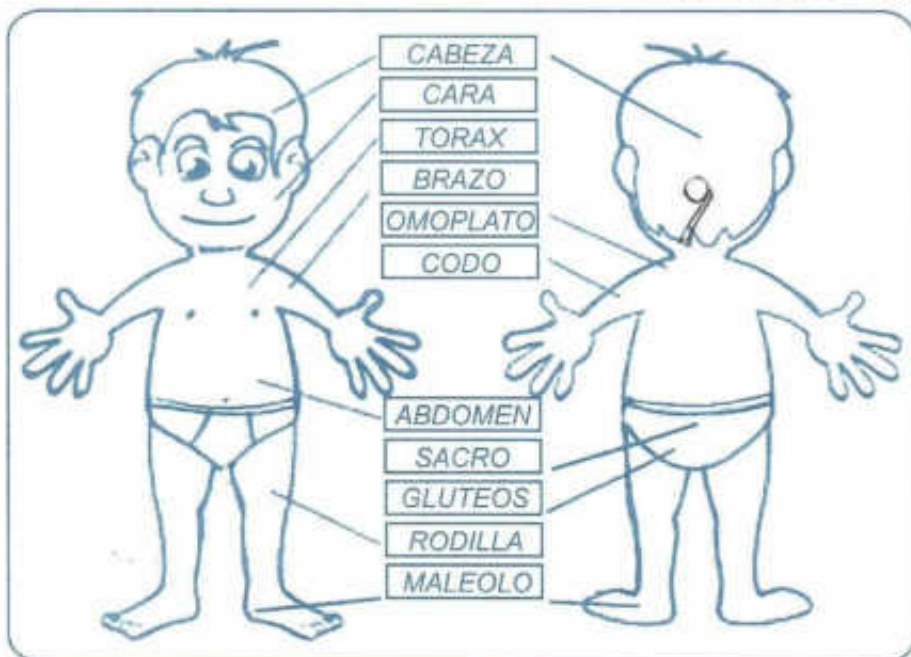
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tachar (-) el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	0 TM	0 TT	TN 0
Estado Mental	0	0	0
Incontinencias Doble puntuación	6	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Clasificación	Sacra		Trocante		Talón		Codos		Cabeza	Esternón	Maleolo		Otros
	Der/izq.		Der/izq.		Der/izq.		Der/izq.			Der/izq.			
Curaciones	TM		TT		TN		OBSERVACIONES						
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica	X						TM						
							TT						
							TN						

### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.		Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Cual ?		
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>			
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="checkbox"/>	hs. finalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs.
Muestra enviada SI <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/>
FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>

Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____
Prepar. Cx Hoja Preg <input type="checkbox"/> Camisolín <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consept. <input type="checkbox"/>
Descanso Nocturno: Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>

### Traslado de Pacientes

LUGAR	
Hs. Salida	
LUGAR	
Hs. Salida	

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros .....		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	Paciente en cuido, se realiza en: sala de medicación por sus PAD. C/ de por SVD George. Inmune por la nutrición, del resto a que presento Col +. diarreas. Se cambio pañales. Cep de agua.
	Observaciones de Medicación:	medicados por SVD según medico
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente desuido que participa de sus terapias de manejo de V. Helle de los SVD. Paciente en demanda de cambios de ropa de cama. por 2. Prendido, pero sus PAD y de cama
	Observaciones de Medicación:	medicados por SVD según medico
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente acompañado por su mamá. esu dentro de parámetros estables
	Observaciones de Medicación:	Duremín 10 en pañal. Mantener buen descanso nocturno.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
	Observaciones Asistenciales	Paciente medicado según valoración medica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

Nro. Pac: 749275

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

FECHA: 15-02-22

ALERGIAS

EDAD Baños

CAMA 215

25 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

INT

DIAGNOSTICO TEC

HORARIO	8:45 hs.	12:30 hs.	21:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	100/70	90/60	90/60							
FRECUENCIA CARDIACA	105x'	86x'	76x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	18x'	19x'							
Tª Axilar / Central	35,7°C	35,5	35,8°C							
Sa O2%	98%	99%	98%							
GLASGOW (escala pediátrica)	14/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	8 hs.	12:30 hs.	16:30 hs.	19:00 hs.	20:30 hs.	21:30 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	250 / 500	250/750	750	250/1000	-1000	250/1250	-11250	-1250	
EXPANSIÓN ENTERAL				200/850	200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	250	500	750	950	1200	1200	1450	1450	1450	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	120	300 / 420	+1200	220/640	-1640	-1640	300/940	-1940	220/1160	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Sükim <sup>1</sup> / Blandi <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	120	420								
BALANCE	130	80								

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS	TURNO			TURNO	TURNO		
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	/	Curación vía intravenosa			
Reposera /Catafofo /Silla	R	-	/	Curación lesión piel			
Higiene y Confort	X	Y	X	Curación de Traqueostomía			
Higiene Bucal	X	Y	X	Curación y fijación Gastro / yeyun			
Lavado y Protección ocular				Curación otros			
Higiene Perineal				Curación de Ostoma			
Pervinox				Ciorhexid			
J. Neutro				cambio de tubuladuras	X	X	X
Control balón traqueostomía				1) Enteral / Periférico	E	E	X
Cambio de traqueostomía				Realización de ECG			
Cateterismo Vesical				Alimentación enteral c/seringa			
C/4 - C/6 - C/8				Colocación de medias antitrombol.			
Control Ecograf. Urinario				Colocación de yeso (MMS-MMI)			
Estimulac. Intestin. / Suposit.				Barandas cama levantada	X	X	X
Prevenc. úlceras	X	Y	X	Colocación de chichoneras			
1) Colchón aire	X	Y	X	Colocación de collar cervical			
3) Silicona Spray			X	Colocación de Pechera / Chiripa	P	P	
4) Cambio decúbito (1,2,3,...)		Y	X	Filtro humidificador Traqueostomía			
5) Almohadón Roho		Y		Monitoreo saturometría Periférica			
Valvas MMSS D - I				Aspiración secreción			
Valvas MMII D - I				Cabecera 30° a 45°	30°	30°	X
Elevacion MMSS D - I				O2 Terapia Ltsx ( )			
Elevacion MMII D - I				Asianientos / germen			
Pulsera de identificación	Si/No	Si/No	Si/No	Contacto /Respiratorio			
Peso Actual Kgrs				B-PAP (I-PAP /E-PAP)			
Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.							

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN							
Dolor (0-10)	0	0	0							
Administ. Analgesia Si - No	No	No								
* Respuesta Pos-analgesia	-	-								
Rescate Analgesia Si - No	-	-								
* Referencia: con escala de dolor										

**INGESTA** Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberon  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

**ACOMPANANTES**  SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

**SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA**

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial  SI  NO  Obedece Órdenes  SI  NO   
 Marcha  SI  No  Equilibrio  SI  No   
 Coordinación  SI  No  Movilidad  SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

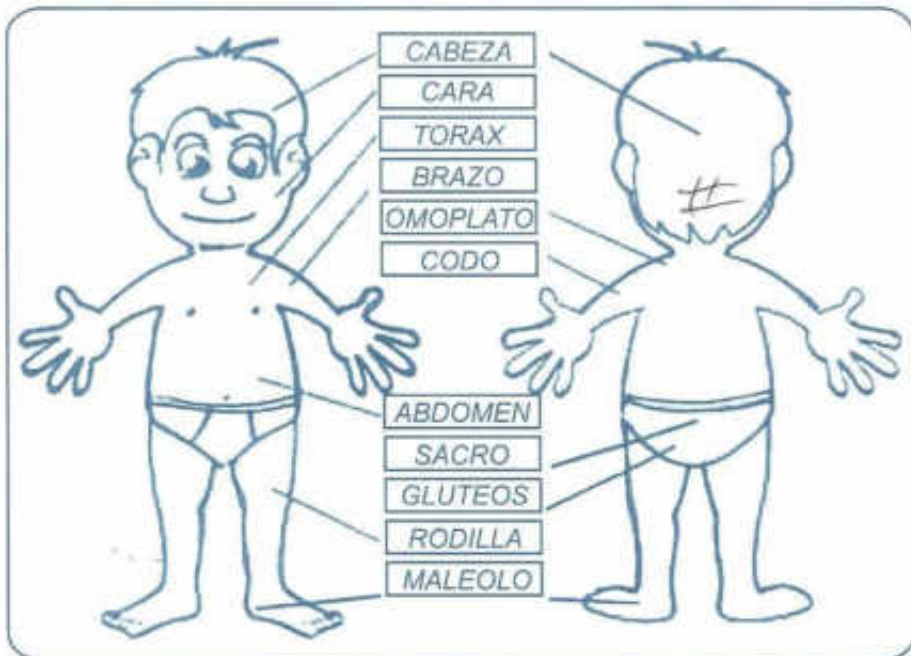
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X		X	Evaluar nivel de conciencia	X		X
Control de ingreso hídrico	X		X	Asegurar una adecuada respiración			
Control de Eliminación	X		X	Higiene diaria	X		X
Control de piel / herida	X		X	Aislamiento infectológico			
Asegurar un buen descanso				Control de Ansiedad			
Manejo del Dolor				Aporte Nutricional	X		X
Riesgo de Caída	X		X	Movilización	X		X
Administración de farmacos				Comunicación Efectiva	X		X
Educación Intestinal-vesical				Identificación Permanente	X		X
Educación del Paciente / Fiar				Salidas Transitorias			

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM 1	OTT	TN 0
Incontinencias Doble puntuación	4	0	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	2	2
Sensibilidad Cutánea	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponible muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	6/II			
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plástica				TM	buena evolución -			
				TT				
				TN				

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>					Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>				
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>					Otros	<input type="checkbox"/>				
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>					Cual ?					
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>										
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo	<input type="checkbox"/>					hs. finalización	<input type="checkbox"/>				

Colocación de Dispositivos invasivos				
	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada  Si  NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolín  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Bueno  Regular  Malo

**Traslado de Pacientes**

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

Cambio de Tubuladuras		
	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	De estado, acondicionada. Consume a sus tiempos programables. Recibe AT por SNG, talosa.
	Observaciones de Medicación:	fuerte medicación indicada.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Misma cura que realiza sus terapias programadas, CSU, Stoll
	Observaciones de Medicación:	medicada por sus SNG sin med. medica
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su madre, se acondiciona a la paciente para su descanso, recibe AT por SNG administrado a goteo con buena tolerancia gástrica, lecturas con buen riego, sólo se encuentra desplazada la SNG de la paciente, a pedido de la madre se recalca a los Ocm y es corroborada por pediatra de guardia.
	Observaciones de Medicación:	medicada en tiempo y forma según ind. médica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 16-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 8 años

CAMA: 215

DIAGNOSTICO: TCC

25 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDEHC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Rfi:  
Nro Pac: 749275  
DNI: 53123159  
OS: PRIVADO  
INT

HORARIO	9 hs.	12 <sup>10</sup> hs.	15 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	100/60	90/60	100/60							
FRECUENCIA CARDIACA	88x1	90x1	92x1							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x1	18x1	18x1							
Tª Axilar / Central	35.5°C	36.3	36.1							
Sa O2%	98%	98%	98							
GLASGOW (escala pediátrica)	14/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	hs.	12 <sup>30</sup> hs.	16 <sup>00</sup> hs.	19 <sup>00</sup> hs.	20 <sup>40</sup> hs.	21 <sup>15</sup> hs.	24 hs.	04 hs.	06 hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	-	250	250/500	500	250/250	750	250/1000	250/1250	-1250	
EXPANSIÓN ENTERAL				200	200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	-	250	500	100	150	950	1300	1450	1450	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	120	180	200/500	500	150	170/820	460/1280	-1280	-1280	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Sika <sup>1</sup> / Benda <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	120	300	500	500	650	820	1280	1280	1280	
BALANCE	-120	-50	-	200	300	70	-80	170	170	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera /Catafofo /Silla	R	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			X
Pervinox			X
J. Neutro			X
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin / Suposit.			
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,...)		X	X
5) Almohadón Rolo		X	X
Valvas MMSS D - I		X	X
Valvas MMII D - I		X	X
Elevación MMSS D - I		X	X
Elevación MMII D - I		X	X
Pulsera de Identificación	SI-NO	SI-NO	SI-NO
Peso Actual Kgs			

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia SI - No	No	No	No
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rescate Analgesia SI - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA** Líquidos  SI  NO  Especiales  SI  NO   
 Biberón  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

**ACOMPANANTES**  SI  NO  
 Papá  Mamá  Otros

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial  SI  NO  Obedece Órdenes  SI  NO   
 Marcha  SI  No  Equilibrio  SI  No  Coordinación  SI  No  Movilidad  SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

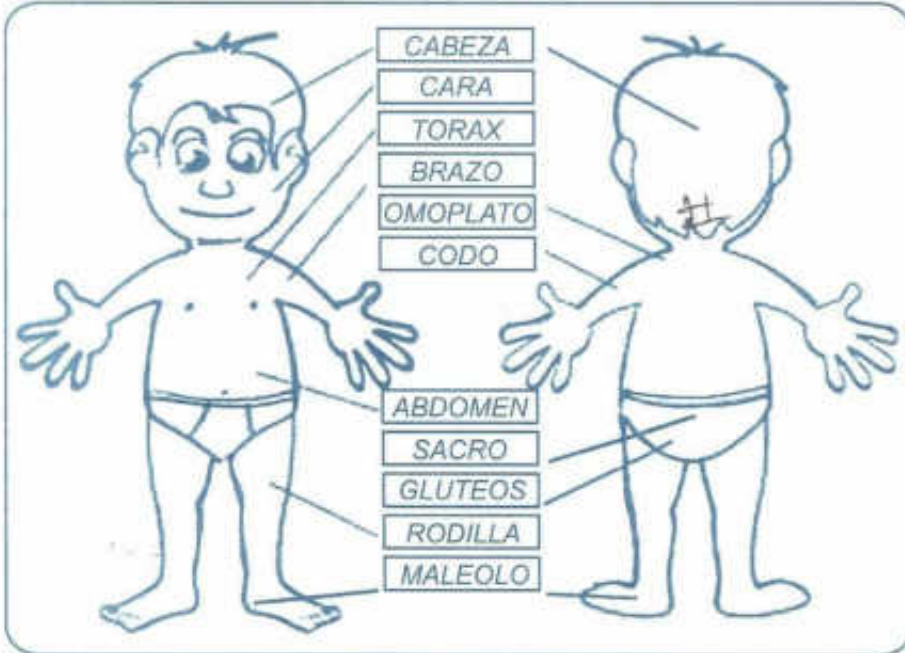
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	-	-
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	-	-	-
Educación del Paciente / Filar	-	-	-
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	-	-	-
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM ↓	TT	TN ↓
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	5	4
Movilidad Doble puntuación	4	5	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	2
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano periósteo y óseo

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	
Cureciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
af clorhex/plasulf según ind. med. eval. plastica	<input checked="" type="checkbox"/>			TM	Buena evolución			
				TT				
				TN				

#### Solicitud de Estudios

hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>
RX ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="checkbox"/>
			hs. finalización	<input type="checkbox"/>

#### Colocación de Dispositivos invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Vía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vía Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.   
 Descanso Nocturno: Buend  Regular  Malo

#### Traslado de Pacientes

LUGAR   
 Hs. Salida   
 LUGAR   
 Hs. Salida

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales		
	Paciente estable, acondicionado. Concurre a sus terapias farmacológicas.		
	Observaciones de Medicación: recibe medicación indicada.		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Asistencial                      Andrea Grandino                      Enfermera Profesional                      M.P. 15712                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Medicación                      Andrea Grandino                      Enfermera Profesional                      M.P. 15712                 </td> </tr> </table>	 Firma y sello Enf. Asistencial Andrea Grandino Enfermera Profesional M.P. 15712	 Firma y sello Enf. Medicación Andrea Grandino Enfermera Profesional M.P. 15712
 Firma y sello Enf. Asistencial Andrea Grandino Enfermera Profesional M.P. 15712	 Firma y sello Enf. Medicación Andrea Grandino Enfermera Profesional M.P. 15712		
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
	Observaciones Asistenciales: Paciente lucida, que participa de sus terapias con stable CPAP. CPAP		
	Observaciones de Medicación: medicado por SUD s/ind medico		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Medicación                      Andrea Grandino                      Enfermera                      M.P. 15150                 </td> </tr> </table>	 Firma y sello Enf. Asistencial	 Firma y sello Enf. Medicación Andrea Grandino Enfermera M.P. 15150
 Firma y sello Enf. Asistencial	 Firma y sello Enf. Medicación Andrea Grandino Enfermera M.P. 15150		
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
	Observaciones Asistenciales: Paciente acompañado por su mamá.		
	Observaciones de Medicación: su estado de parámetros estable. Fue evaluado y curado por la cirugía, lo Dr Sanchez, quien luego cambio en la valoración de la curación. Manifiesta buen descanso nocturno.		
	Paciente medicada según indicación medica.		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Medicación                      Andrea Grandino                      Enfermera                      M.P. 15900                 </td> </tr> </table>	 Firma y sello Enf. Asistencial	 Firma y sello Enf. Medicación Andrea Grandino Enfermera M.P. 15900
 Firma y sello Enf. Asistencial	 Firma y sello Enf. Medicación Andrea Grandino Enfermera M.P. 15900		



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Af i:  
 Nro Pac: 749275

RIOS JUAREZ, LUANA  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO

FECHA: 17-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 8 años  
 CAMA: 215

25 KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

INT

HORARIO	7 <sup>30</sup> hs.	16 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL		90/60	90/60							
FRECUENCIA CARDIACA	74x'	81x'	80x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	22x'	20x'	20x'							
Tª Axilar / Central	36.5°C	35.7	36.2°C							
Sa O2%	97%	98%	99%							
GLASGOW (escala pediátrica)	14/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	8 hs.	12 <sup>00</sup> hs.	13 <sup>30</sup> hs.	16 <sup>30</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/ha)	250	200/500	-1500	150/750	250/1000	-1000	250/1250	-11250	-11250	
EXPANSIÓN ENTERAL			200	200	200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	250	300	700	950	1000	1200	1450	1450	1450	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	400	100/500	-1500	500/1000	300/1300	200/1500	-11500	200/1700	-11700	
Cateterismo Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Solut <sup>1</sup> / Blanda <sup>2</sup> / Diansica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	400	500	500	600	1300	1500	1500	1700	1700	
BALANCE	-150	-	200	-50	400	300	350	250	250	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS	TURNO			TURNO	TURNO		
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-	Curación vía intravenosa	-	-	-
Reposera / Catafalco / Silla	R	-	-	Curación lesión piel	X	X	X
Higiene y Confort	X	X	X	Curación de Traqueostomía	-	-	-
Higiene Bucal	X	-	-	Curación y fijación Gastro / yeyun	-	-	-
Lavado y Protección ocular	X	-	-	Curación otros	-	-	-
Higiene Perineal	-	-	-	Curación de Ostoma	-	-	-
Pervinox	-	-	-	cambio de tubuladuras	X	X	X
J. Neutro	-	-	-	1) Enteral / Periférico	E	E	X
Control balón traqueostomía	-	-	-	Realización de ECG	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-	Alimentación enteral o jeringa	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-	Colocación de medias antitrombol.	-	-	-
C4 - C6 - C8	-	-	-	Colocación de yeso (MMS-MM)	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-	Barandas cama levantada	X	X	X
Estimulac. Intestin. / Suposit.	-	-	-	Colocación de chichoneras	-	-	-
Prevenc. úlcera	X	X	X	Colocación de collar cervical	-	-	-
1) Colchón aire	-	-	-	Colocación de Pechera / Chiripa	-	P	-
3) Silicona Spray	-	-	-	Filtro humidificador Traqueostomía	X	-	-
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	-	-	-	Monitoreo saturometría Periférica	-	-	-
5) Almohadón Roho	X	X	X	Aspiración secreción	-	-	-
Valvas MMSS D - I	-	-	-	Cabecera 30° a 45°	X	X	X
Valvas MMII D - I	-	-	-	O2 Terapia Ltex ( )	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-	Aislamiento / germen	-	-	-
Elevación MMII D - I	-	-	-	Contacto / Respiratorio	-	-	-
Pulsera de identificación	(SI) No	(SI) No	(SI) No	B-PAP (I-PAP / E-PAP)	-	-	-
Peso Actual Kgrs	23.600	15.02		Modific. Ind. Médicas	-	-	-

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia SI - No	1	1	1
* Respuesta Pos-analgesia	1	1	1
Rescate Analgesia SI - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

<b>INGESTA</b>	Líquidos	NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	Espesas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Biberón	<input type="checkbox"/>	Gastrost.	<input type="checkbox"/>
		SND <input checked="" type="checkbox"/>	Yeyunost.	<input type="checkbox"/>

**ACOMPANANTES** SI  NO

Papá  Mamá  Otros

SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

### EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA

Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No

Equilibrio SI  No

Coordinación SI  No

Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

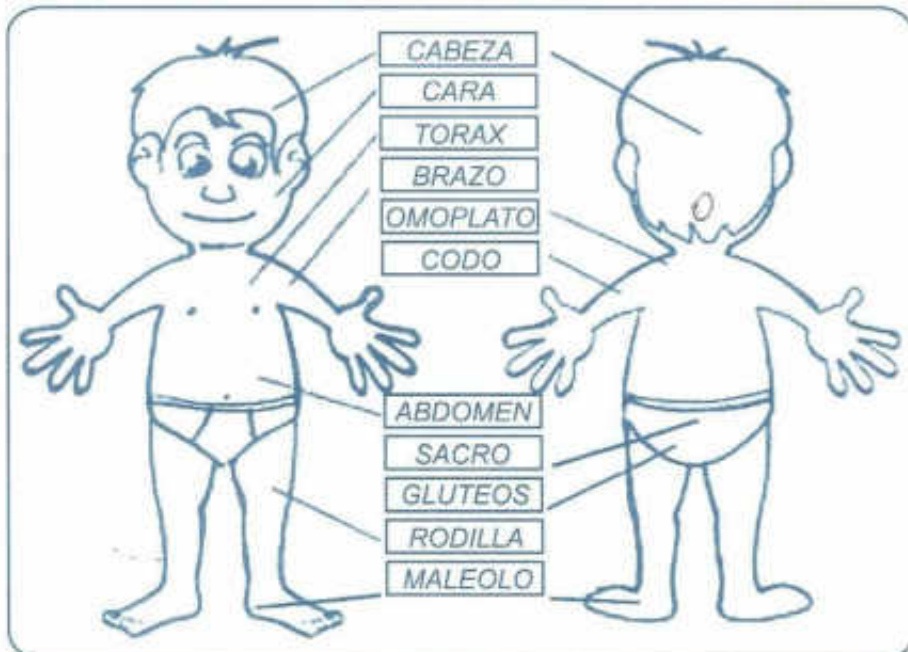
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filiar	X	X	X

	TM	TT	TN
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	-	-	-
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM 2	TT 0	TN 0
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	2	4
Movilidad Doble puntuación	4	2	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	2	0
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>13</b>

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	<input checked="" type="checkbox"/>			
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica								

#### Solicitud de Estudios

Ecografía <input type="checkbox"/> hs.	Luckens <input type="checkbox"/>	Env. <input type="checkbox"/>	Pend. <input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal <input type="checkbox"/>	Env. <input type="checkbox"/>	Pend. <input type="checkbox"/>	<b>Colocación de Dispositivos invasivos</b>					
Ecocardiograma <input type="checkbox"/>	Urocultivo <input type="checkbox"/>			Hisopado Anal <input type="checkbox"/>				TM	TT	TN	F. Coloc.	
ECG <input type="checkbox"/>	Hemocultivo <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>				Via periférica <input type="checkbox"/>				
TAC / RMN <input checked="" type="checkbox"/> 11	Ext. Sangre <input type="checkbox"/>			Cual? _____				Sonda Gastrica <input type="checkbox"/>				
RX ( ) <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>							Sonda Vesical <input type="checkbox"/>				
Polisomnografía <input type="checkbox"/>		hs. comienzo		hs. finalización			Via Central <input type="checkbox"/>					
							Otros <input type="checkbox"/>					

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs. Muestra enviada: SI <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/> FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>		<b>Traslado de Pacientes</b> LUGAR _____ Hs. Salida _____ LUGAR _____ Hs. Salida _____		<b>Cambio de Tubuladuras</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th></th> <th>Fecha</th> <th>F. coloc.</th> </tr> <tr> <td>PHP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expansión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Fecha	F. coloc.	PHP			Expansión			Alimentación			Otros		
	Fecha	F. coloc.																		
PHP																				
Expansión																				
Alimentación																				
Otros																				
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____ Prepar. Cx Hoja Preg. <input type="checkbox"/> Camisolín <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/> Descanso Nocturno: Buena <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>																				

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales	Paciente estable en reposo de flco. se acondiciona por <del>medicacion</del> nuestra tropa pipaden. 11H de realizo TAC cerebral.
	Observaciones de Medicación:	Se administró medicación según indicación médica
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente cuidado que participa de sus terapias programadas cristallu. de por su D no generoso. Mi mamá @ me ayuda. Acondicionado por su AD.
	Observaciones de Medicación:	Medicados por su D s/ una medic.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su padre, se acondiciona a la paciente para su descanso, recibe a/e por su D administrado a gavage con buena tolerancia gástrica.
	Observaciones de Medicación:	Medicada en tiempo y forma según med. médica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 18-2-22

ALERGIAS

EDAD 8 años

CAMA 215

DIAGNOSTICO TEC

25 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Rfi:

Nro Pac: 749275

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

INT

HORARIO	07:30 hs.	18:00 hs.	21:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90/60								
FRECUENCIA CARDIACA	100	110	86x								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	20	20x								
Tº Axilar / Central	36.4	36.0	36.5								
Sa O2%	99	98	98								
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15								
INGRESOS / HORARIOS	8:00 hs.	14:00 hs.	13:30 hs.	14:00 hs.	16:30 hs.	20:00 hs.	21:30 hs.	24 hs.	03 hs.	06 hs.	
PHP											
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/ha)	250	250	250/500	250/400	250/750	250/1000	-/1000	250/1250	-/1250	250/1500	
EXPANSIÓN ENTERAL		200	200	200	200	200	-/200	+200	-/200	-/200	
INGRESOS TOTALES	250	450	500	700	950	1200	1200	1450	1450	1700	
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	220	220	300/520	420/940	940	140/1080	100/1180	180/1360	-/1360	-/1360	
Cateterismo Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS Sudo <sup>1</sup> / Bazo <sup>2</sup> / Dureca <sup>2</sup>											
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	220	220	520	940	940	1080	1180	1360	1360	1360	
BALANCE	30		80	240	10	-120	20	90	90	340	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	1	1	1
Reposero /Catafalco /Silla	1	1	1
Higiene y Confort	1	1	1
Higiene Bucal	1	1	1
Lavado y Protección ocular	1	1	1
Higiene Perineal	1	1	1
Pervinox	1	1	1
J. Neutro	1	1	1
Control balón traqueostomía	1	1	1
Cambio de traqueostomía	1	1	1
Cateterismo Vesical	1	1	1
C/4 - C/6 - C/8	1	1	1
Control Ecograf. Urinario	1	1	1
Estimulac. Intestin./ Suposit.	1	1	1
Preven. úlcera	1	1	1
1) Colchón aire	1	1	1
3) Silicona Spray	1	1	1
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	1	1	1
5) Almohadón Roho	1	1	1
Valvas MMSS D - I	1	1	1
Valvas MMII D - I	1	1	1
Elevación MMSS D - I	1	1	1
Elevación MMII D - I	1	1	1
Pulsera de Identificación	1	1	1
Peso Actual Kgrs	23	15	2

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	T.NOCHE
Dolor (0-10)		1	0
Administ. Analgesia Si - No		1	0
* Respuesta Pos-analgesia			
Rescate Analgesia Si - No			

INGESTA: Líquidos  NO  SI; Espesantes  SI  NO; Biberón ; SND ; Gastrost. ; Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO ; Papá ; Mamá ; Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA: Orientación Temporo-Espacial SI  NO ; Obedece Órdenes SI  NO

Marcha SI  No ; Equilibrio SI  No ; Coordinación SI  No ; Movilidad SI  No

Discapacidad Severa ; Discapacidad Moderada ; Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

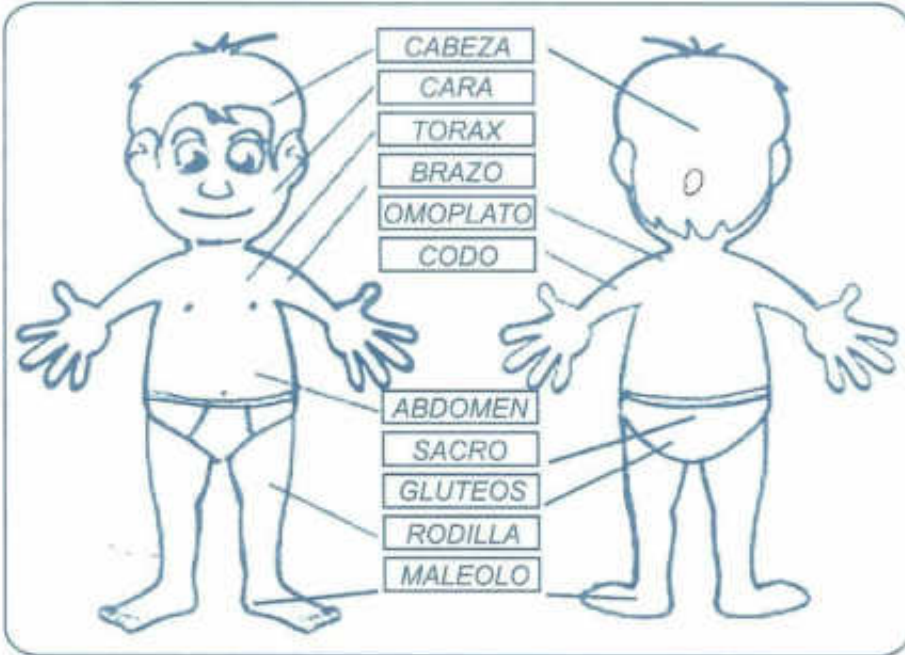
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	1	1	1
Control de ingreso hídrico	1	1	1
Control de Eliminación	1	1	1
Control de piel / herida	1	1	1
Asegurar un buen descanso	1	1	1
Manejo del Dolor	1	1	1
Riesgo de Caída	1	1	1
Administración de farmacos	1	1	1
Educación Intestinal-vesical	1	1	1
Educación del Paciente / Filar	1	1	1
Evaluar nivel de conciencia	1	1	1
Asegurar una adecuada respiración	1	1	1
Higiene diaria	1	1	1
Aislamiento infecciológico	1	1	1
Control de Ansiedad	1	1	1
Aporte Nutricional	1	1	1
Movilización	1	1	1
Comunicación Efectiva	1	1	1
Identificación Permanente	1	1	1
Salidas Transitorias	1	1	1

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	0 TM	0 TT	TN 0
Estado Mental	0	0	0
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	2	2
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano periosteal y óseo

Clasificación	Sacro		Trocante		Talón		Codos		Cabeza		Esternón		Maleolo		Otros
	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.		
Curaciones															
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica															

#### OBSERVACIONES

Evacuación favorable.

#### Solicitud de Estudios

hs.		Env.		Pend.		Env.		Pend.		Colocación de Dispositivos Invasivos			
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vía periférica	<input type="checkbox"/>	TM	TT	TN	F. Coloc.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>				
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>				
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual ?			Vía Central	<input type="checkbox"/>				
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Otros	<input type="checkbox"/>				
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo		hs. finalización									

#### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.   
 Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

#### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_  
 LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

**TM Observaciones Asistenciales** Nieta lucida que disfruta de sus tiempos programados. Se realiza OSU. Se encuentra bien de humor. Realiza su higiene personal. Presenta micción @ en pañal.  
**Observaciones de Medicación:** medicación por SVD según médico.

Firma y sello Enf. Asistencial: *[Firma]* **LUZ BERNARDO**  
 Firma y sello Enf. Medicación: *[Firma]* **LUZ BERNARDO**  
Enfermera E.O. 131509

**TT Firma y sello Enf. asistencial RECIBE** **Firma y sello Enf. Medicación RECIBE**  
**Observaciones Asistenciales** Nieta sigue con disfrute de sus tiempos programados. OSU. Se encuentra bien de humor. Presenta micción @ en pañal.  
**Observaciones de Medicación:** medicación por SVD según médico.

Firma y sello Enf. Asistencial: *[Firma]*  
 Firma y sello Enf. Medicación: *[Firma]*

**TN Firma y sello Enf. asistencial RECIBE** **Firma y sello Enf. Medicación RECIBE**  
**Observaciones Asistenciales** Paciente acompañada por su papá. OSU dentro de parámetros estables. Presenta SNG permeable recibiendo ATE por gavage.  
**Observaciones de Medicación:** Diuresis @ en pañal. Mantener buen drenaje nocturno.

Paciente medicada según indicación médica.  
 Firma y sello Enf. Asistencial: *[Firma]*  
 Firma y sello Enf. Medicación: *[Firma]*

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) [Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo]



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013 DNI: 53123159  
 Epi: 36358 OS: PRIVADO  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275 INT

FECHA: 19-02-22 ALERGIAS - EDAD 8 años

CAMA 215

25 KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

DIAGNOSTICO TEC

HORARIO	08 <sup>00</sup> hs.	15 hs.	21 <sup>00</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90/60							
FRECUENCIA CARDIACA	96	88x'	74x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	18x'	18x'							
T° Axilar / Central	36.2	36.4	36.3°C							
Sa O2%	99%	99%	99%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15-	15/15-	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	08 <sup>10</sup> hs.	12. hs.	15. hs.	16. hs.	20. hs.	21 <sup>30</sup> hs.	00. hs.	03. hs.	06. hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	250/900	500	250/750	250/1000	-1100	200/1250	-1250	250/1500	
EXPANSIÓN ENTERAL	200	-/100	100/200	-/200	-/200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	350	600	700	950	1200	1200	1450	1450	1750	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	230	123/370	310/680	-/630	310/980	200/1180	-1180	-1180	200/1380	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS 3 <sup>da</sup> / 1 <sup>da</sup> / 2 <sup>da</sup> / 3 <sup>da</sup> / 4 <sup>da</sup> / 5 <sup>da</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	230	370	680	680	980	1180	1180	1180	1380	
BALANCE	100	230	20	270	220	20	270	270	370	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	-	D	I
Reposera / Catafalco / Silla	-	B	I
Higiene y Confort	x	x	x
Higiene Bucal	x	x	x
Lavado y Protección ocular	x	x	I
Higiene Perineal	-	-	Y
Periox / Clorhexid	-	-	Y
J. Neutro / deop	-	-	Y
Control balón traqueostomía	-	-	Y
Cambio de traqueostomía	-	-	Y
Cateterismo Vesical	-	-	Y
C4 - C6 - C8	-	-	Y
Control Ecograf. Urinario	-	-	Y
Estimulac. Intestin. / Suposif.	-	-	Y
Preven. úlcera	x	x	x
1) Colchón aire	x	x	x
3) Silicona Spray	x	x	x
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	x	x	x
5) Almohadón Rollo	-	-	Y
Valvas MMSS D - I	-	-	Y
Valvas MMII D - I	-	-	Y
Elevación MMSS D - I	-	-	Y
Elevación MMII D - I	-	-	Y
Putsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgs	23.00	15.02	

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	Y
* Respuesta Pos-analgésica	-	-	Y
Rescate Analgesia Si - No	NO	NO	Y

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA**

Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO

Biberón  SND  Gastrost.  Yeyunost.

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**

Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No  Equilibrio SI  No  Coordinación SI  No  Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

**ACOMPAÑANTES** SI  NO

Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

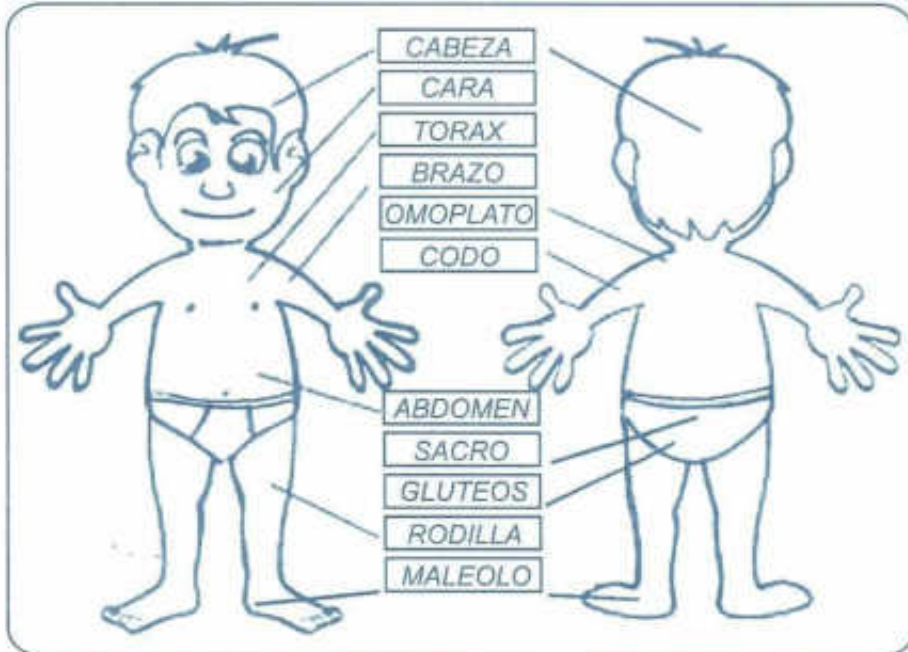
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	x	x	x
Control de ingreso hídrico	x	x	x
Control de Eliminación	x	x	x
Control de piel/ herida	x	x	x
Asegurar un buen descanso	-	-	x
Manejo del Dolor	x	x	x
Riesgo de Caída	x	x	x
Administración de fármacos	x	x	x
Educación Intestinal-vesical	f	f	f
Educación del Paciente / Filar	x	x	x
Evaluar nivel de conciencia	x	x	x
Asegurar una adecuada respiración	x	x	x
Higiene diaria	x	x	x
Aislamiento infectológico	-	-	Y
Control de Ansiedad	-	-	Y
Aporte Nutricional	x	x	x
Movilización	x	x	x
Comunicación Efectiva	x	x	x
Identificación Permanente	x	x	x
Salidas Transitorias	-	-	Y

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental	0	0	0
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	3	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponente muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra		Trocante		Talón		Codos		Cabeza		Esternón		Maleolo		Otros	
			Der/izq.		Der/izq.			Der/izq.					Der/izq.			
Curaciones		TM		TT		TN										
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica																

#### OBSERVACIONES

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<b>Colocación de Dispositivos Invasivos</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">TM</th> <th style="text-align: center;">TT</th> <th style="text-align: center;">TN</th> <th style="text-align: center;">F. Coloc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Via periférica</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonda Gastrica</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonda Vesical</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Via Central</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					TM	TT	TN	F. Coloc.	Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TM	TT	TN	F. Coloc.																																										
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>				Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>																																					
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>				Otros	<input type="checkbox"/>																																					
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>				Cual ?																																						
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>																																										
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo					hs. finalización																																						

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs. Muestra enviada Si <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/> FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>		<b>Traslado de Pacientes</b> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/>		<b>Cambio de Tubuladuras</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Fecha</th> <th style="text-align: center;">F. coloc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expansión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Fecha	F. coloc.	PHP			Expansión			Alimentación			Otros		
	Fecha	F. coloc.																		
PHP																				
Expansión																				
Alimentación																				
Otros																				
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____ Prepar. Cx Hoja Preg <input type="checkbox"/> Camisola <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/> Descanso Nocturno: Buend <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>																				

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando correspondan con una X) (Cuando NO APlique al fin del turno tachar (-) lo que no este completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	pte estable, en compañía de su papá; OBTG CSU parámetros normales; DFD Higiene + cambio de pañal. OPH asiste a sus terapias programadas en MYF regreso 11 HS se lo envía y le condujo.	
	Observaciones de Medicación:	cambio de pañal DFD, 12HS se admin AE.	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación	
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE	
	Observaciones Asistenciales	pte estable, en compañía de su papá; 13 HS se realiza baño en ducha; cambio de la piel. se admin agua de H <sub>2</sub> O. DFD, cot (-) OBTG parámetros normales; 16 HS se admin AE, luego deambulacion 15 minutos bajo observación.	
	Observaciones de Medicación:	20HS se admin AE; DFD Higiene + cambio de pañal.	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación	
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE	
	Observaciones Asistenciales	Paciente con parámetros vitales estables se encuentra acompañada por su padre, se acondiciona a la paciente para su descauto (se <sup>error</sup> <del>acompañada</del> por su padre). recibe a la por snq, oculu- <sup>error</sup> <del>visada</del> a gavage con buena tolerancia gástrica.	
	Observaciones de Medicación:	Medicada en tiempo y forma según med. medica	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación	



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

Hoja 1

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Rfi:

Nro Pac: 749275

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

INT

FECHA: 20-02-22

ALERGIAS

EDAD 8 años

CAMA 215

25 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

HORARIO	12 hs.	15 hs.	21 <sup>30</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90/60							
FRECUENCIA CARDIACA	102x'	106x'	80x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	18x'	18x'							
Tª Axilar / Central	35.9	36.3	35.9							
Sa O2%	98%	98%	95%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	09 <sup>30</sup> hs.	12 hs.	15 hs.	16 hs.	17 hs.	18 <sup>30</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>50</sup> hs.	24 hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA/EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/ha)	250	250	250/500	250/500	250/750	250/750	250/750	250/900	250/1250	
EXPANSIÓN ENTERAL		100 LICONPOSTA	100	100	100	100	100	100	100	100
INGRESOS TOTALES	250	350	600	600	850	950	950	1100	1100	1450
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	-	200	200	400/600	200/800	200/800	200/800	200/800	200/800	250/1140
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CATARSIS Sólida <sup>1</sup> / Líquida <sup>2</sup> / Diéscica <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	+++ (2)	++ (2)	E	
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	-	200	200	600	800	800	800	800	800	1140
BALANCE	250	60	310	90	40	60	60	20	20	310

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	-	0	1
Reposera /Catafalco /Silla	-	0	1
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular	X	X	X
Higiene Perineal	-	-	-
Perviox	-	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C/4 - C/6 - C/8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estímulo Intestín / Suposit.	-	-	-
Prevenc. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	X	X	03
5) Almohadón Robo	-	-	-
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMII D - I	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-
Elevación MMII D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	SI-NO	SI-NO	SI-NO
Peso Actual Kgs			

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia SI - No	NO	NO	0
* Respuesta Pos-analgésica	-	-	1
Rescata Analgesia SI - No	NO	NO	

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberón  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO   
 Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

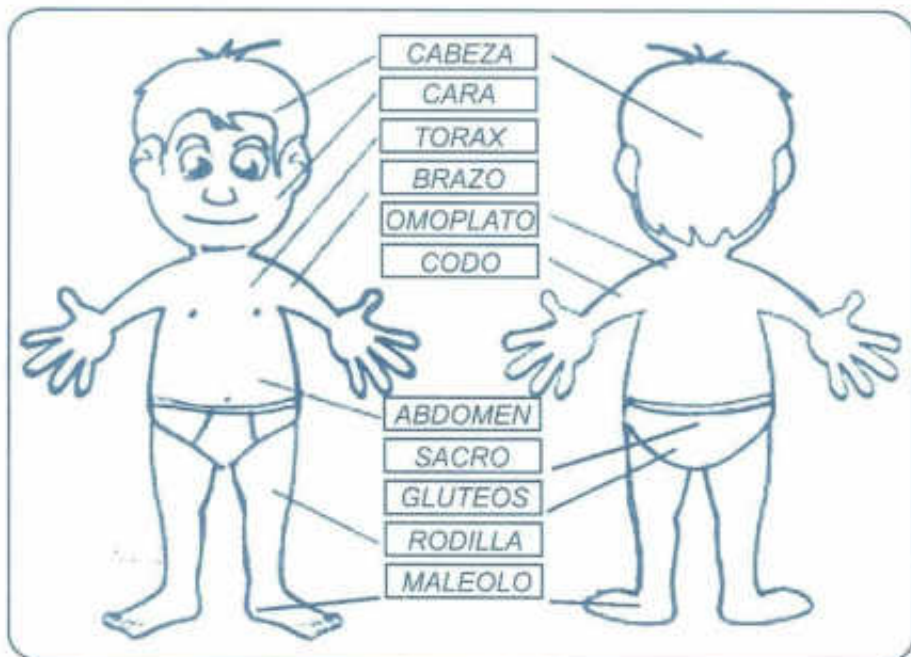
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	-	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	-	-	X
Educación del Paciente / Fíjar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infecciológico	-	-	-
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponde. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TMO	TTO	TN
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	4	
Actividades Doble puntuación	4	4	
Movilidad Doble puntuación	4	4	
Nutrición	0	0	
Integridad Cutánea	2	1	
Sensibilidad Cutánea	0	0	
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano periósteo y óseo

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.			Der/Izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	X	<b>OBSERVACIONES</b>			
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica				X				

#### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual ?	
RX ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo		hs. finalización	

#### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

#### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_  
 LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

Referencia: (Las casilleros completados cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no este completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales
	pto hemodinamicamente estable, en compañía de su papa; 08hs dormido; se administra SE, pte parietal; peso: 09 <sup>30</sup> hs se realiza jugo de naranja con leche (cotar. 3 días de admisión).
	10hs CSU parámetros vitales, DIF cambio de Observaciones de Medicación: parietal; se administra escasa oxipental; 12hs se administra SE, parietal peso
	recibe med. en SNG STH en TM
	Firma y sello Enf. Asistencial  Firma y sello Enf. Medicación

TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
Observaciones Asistenciales		
		pto vitalmente estable, al comienzo del turno descausado; 15hs DIF higiene + cambio de parietal, cambio de tipo de cama; CSU parámetros vitales; se lo sienta en silla; se cambia la institución; 17hs se realiza baño en ducha
Observaciones de Medicación:		se administra de la piel; se administra escasa oxipental; 18hs se administra oxipental; se cambia papa de Bixualdo; cot (trabaja) cantidad; 20hs se administra SE, pte recibe med. en SNG STH en TM
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
Observaciones Asistenciales		
		Paciente acompañado por su papa; CSU dentro de parámetros estables. Prescrito SNG recibiendo
Observaciones de Medicación:		ME o gavage. Diuresis en parietal. Coloris +E. Mantener buen estado nutricional.
		Paciente medicado según indicación médica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

Hoja 2

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

FECHA: 20-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 2 años  
 CAMA: 215  
 DIAGNOSTICO: TEC

25 KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HORARIO	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL											
FRECUENCIA CARDIACA											
FRECUENCIA RESPIRATORIA											
Tª Axilar / Central											
Sa O2%											
GLASGOW (escala pediátrica)											
INGRESOS / HORARIOS	03 hs.	06 hs.									
PHP											
ATBIANALGESIA / EXPANS. EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/ha)	- / 1250	250 / 1500									
EXPANSIÓN ENTERAL	- / 200	+ / 200									
INGRESOS TOTALES	1450	1700									
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	- / 1140	110 / 1250									
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS Sclera <sup>3</sup> / Banda <sup>2</sup> / Diametra <sup>3</sup>											
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	1140	1250									
BALANCE	310	450									

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha			
Reposera / Catalefo / Silla			
Higiene y Confort			
Higiene Bucal			
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox Clorhexid			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin. / Suposit.			
Prevenc. úlcera			
1) Colchón aire			
3) Sílicona Spray			
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)			
5) Almohadón Rollo			
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevación MMSS D - I			
Elevación MMII D - I			
Pulsara de Identificación	SI-NO	SI-NO	SI-NO
Peso Actual Kgrs			

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS											
Dolor (0-10)											
Administ. Analgesia SI - No											
* Respuesta Pos-analgesia											
Rescate Analgesia SI - No											

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA** Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberon  SND  Gastrost.  Yeyunost.

**ACOMPañANTES** SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

**SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA**

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Control Signos Vitales				Evaluar nivel de conciencia			
Control de ingreso hídrico				Asegurar una adecuada respiración			
Control de Eliminación				Higiene diaria			
Control de piel / herida				Aislamiento infectológico			
Asegurar un buen descanso				Control de Ansiedad			
Manejo del Dolor				Aporte Nutricional			
Riesgo de Caída				Movilización			
Administración de fármacos				Comunicación Efectiva			
Educación Intestinal-vesical				Identificación Permanente			
Educación del Paciente / Filar				Salidas Transitorias			

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar [-] lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero





# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 21-02-22

ALERGIAS

EDAD: 8 años

CAMA: 215

23600 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Rfi:

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

DIAGNOSTICO: TEC

HORARIO	9 hs.	12 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>00</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	120/80	90-60								
FRECUENCIA CARDIACA	104x'	60x'	96x'								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	20x'	19x'								
Tª Axilar / Central	36.1°C	35.5	36.2°C								
Sa O2%	98%	100%	100%								
GLASGOW (escala pediátrica)	14/15	15/15	15/15								
INGRESOS / HORARIOS	hs.	13 <sup>00</sup> hs.	17 <sup>00</sup> hs.	18 <sup>30</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>00</sup> hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.
PHP											
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	250	250/500	250/750	750	250/1000	-11000	250/1250	-1250	250/1500		
EXPANSIÓN ENTERAL											
INGRESOS TOTALES	250	500	750	900	1000	1000	1250	1250	1500		
EGRESOS											
DIURESIS Espontánea	+ (Youth)	250	350	640	640	200	200/1000	-1100	-1100	200/1300	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS <sup>3</sup> Bulbo <sup>1</sup> / Bata <sup>2</sup> / Diafragma <sup>3</sup>	+ (2)										
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES		250									
BALANCE		+250									

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	1
Reposera /Catafoico /Silla	R	-	1
Higiene y Confort	X	+	X
Higiene Bucal	X	+	X
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin. / Suposit.			
Preven. úlceras	X	+	X
1) Colchón aire	X	+	X
3) Silicona Spray	X	+	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,...)		+	X
5) Almohadón Roto		+	
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevacion MMSS D - I			
Elevacion MMII D - I			
Pulsera de Identificación	SI-No	SI-No	SI-No
Peso Actual Kgrs	23600	202	

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	NO
* Respuesta Pos-analgésica	-	-	-
Rescate Analgesia Si - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA** Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberón  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

**ACOMPANANTES**  SI  NO  
 Papá  Mamá  Otros

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial  SI  NO  Obedece Ordenes  SI  NO

Marcha  SI  No  Equilibrio  SI  No  Coordinación  SI  No  Movilidad  SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

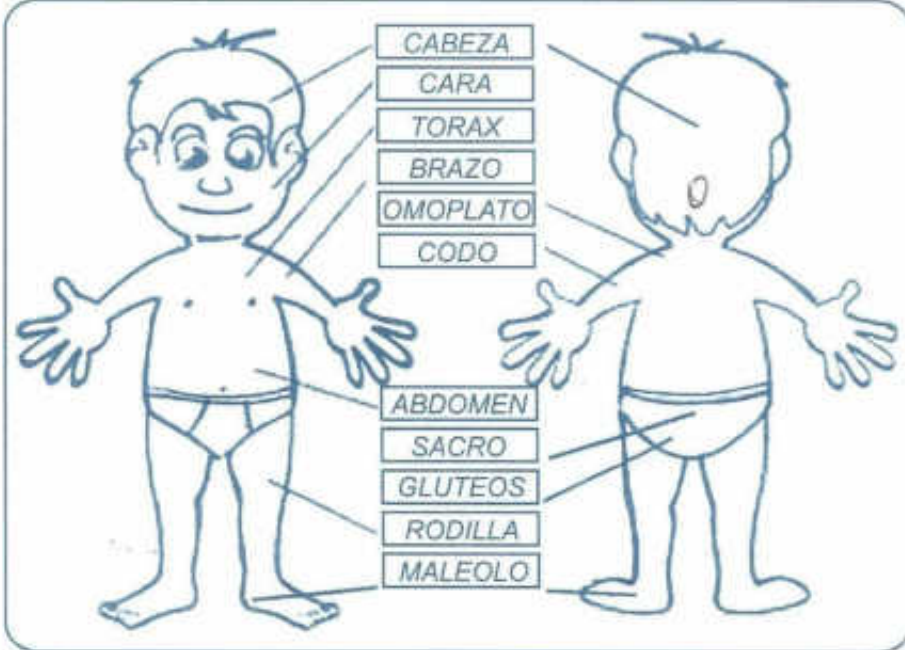
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones:

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	OT	TN
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	6	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/Izq	Der/Izq	Der/Izq	6/11			
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
si clorhex/plasult según ind. med. eval. plástica	X	Y		Buena evolución.				

### Solicitud de Estudios

hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.	Colocación de Dispositivos invasivos							
Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TM	TT	TN	F. Coloc.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual ?			Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RX ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>								Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza [ ] hs. Finaliza [ ] hs.

Muestra enviada Si [ ] hs. NO [ ] Refrigerada [ ]  
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho [ ] Cateter [ ] Sonda [ ]

Ayuno Si [ ] No [ ] Motivo [ ]

Prepar. Cx Hoja Preg [ ] Camisolin [ ] Botas [ ] Consent. [ ]

Descanso Nocturno: Buend [ ] Regular [ ] Male [ ]

### Traslado de Pacientes

LUGAR [ ]  
 Hs. Salida [ ]  
 LUGAR [ ]  
 Hs. Salida [ ]

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales
	Paciente estable, acondicionado, recibe AE por SNG y Consume a sus tiempos programados.
	Observaciones de Medicación: recibe medicación indicada.
	Firma y sello Enf. Asistencial: <i>[Firma]</i> Enfermera Profes. A.N. 54829 - M.P. 15712
	Firma y sello Enf. Medicación: <i>[Firma]</i> Enfermera Profes. A.N. 54829 - M.P. 15712
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Observaciones Asistenciales: Ni que leido que postuipo de sus tiempos programados se realiza en los programados. Obs. que leido de su post. se observó (vacío) de presso de lo dep. que se ha tomado de dep de agua 1/5/16. se planea claud. procedimientos de su descuido.
	Observaciones de Medicación: indicada en tiempo y forma según ind. medica.
	Firma y sello Enf. Asistencial: <i>[Firma]</i> CLAUDIA BEÑANIGO Enfermería M.P. 151570
	Firma y sello Enf. Medicación: <i>[Firma]</i> CLAUDIA BEÑANIGO Enfermería M.P. 151570
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Observaciones Asistenciales: Paciente con parámetros vitales estables. Se acondiciona a la paciente para su descanso. Se encuentra acompañada por su padre. Recibe AE por SNG por gavage con buena tolerancia gástrica.
	Observaciones de Medicación: medicada en tiempo y forma según ind. medica.
	Firma y sello Enf. Asistencial: <i>[Firma]</i> CLAUDIA BEÑANIGO Enfermería M.P. 151570
	Firma y sello Enf. Medicación: <i>[Firma]</i> CLAUDIA BEÑANIGO Enfermería M.P. 151570

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando correspondan con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no este completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA  
 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO

FECHA: 22-2-22 ALERGIAS: - EDAD: 8 años  
 CAMA: 215  
 DIAGNOSTICO: TEC

23 KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

INT

HORARIO	07:00 hs.	17:00 hs.	22	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	100/60	90/60	-									
FRECUENCIA CARDIACA	90	95	97									
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18	18	18									
Tª Axilar / Central	36.2	36.4	36									
Sa O2%	100	100	97									
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15									
INGRESOS / HORARIOS	8:00 hs.	8:30 hs.	12:30 hs.	17:00 hs.	20:30 hs.	22	24	03	04	06	hs.	hs.
PHP												
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV												
LIQUIDOS ORAL												
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hrs)	250	250	250/500	250/750	250/1000	-/1000	250/1250	-/1250	-/1250	250/1500		
EXPANSIÓN ENTERAL		200	200	200		-/200	-/200	-/200	-/200	-/200		
INGRESOS TOTALES	250	450	700	950	1000	1200	1450	1450	1450	1700		
EGRESOS												
DIURESIS Espontanea	250	<del>280</del>	<del>330</del>	<del>130</del>	<del>300</del>	-/1210	180/1390	-/1340	180/1570	-/1570		
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>		450	780	910	1210							
CATARSIS Suda <sup>1</sup> / Bata <sup>2</sup> / Diuresis <sup>3</sup>												
SNG / EMESIS												
DRENAJES												
DENSIDAD URINARIA												
EGRESOS TOTALES	250	450	780	910	1210	1210	1390	1390	1570	1570		
BALANCE	-	-	80	40	-210	-10	60	60	-120	130		

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha			
Reposera / Catafofo / Silla			
Higiene y Confort			
Higiene Bucal			
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox Clorhexid			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/A - C/B - C/B			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin./ Suposit.			
Prevens. úlcera			
1) Colchón aire			
3) Silicona Spray			
4) Cambio decúbito (1,2,3...)			
5) Almohadón Rolo			
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevacion MMSS D - I			
Elevacion MMII D - I			
Pulsera de identificación			
Peso Actual Kgs	23	20.2	

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	T.N
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	10	10	1
* Respuesta Pos-analgesia	1	1	1
Rescate Analgesia Si - No	1	1	1

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberón  SND  Gastroal.  Yeyunosf.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

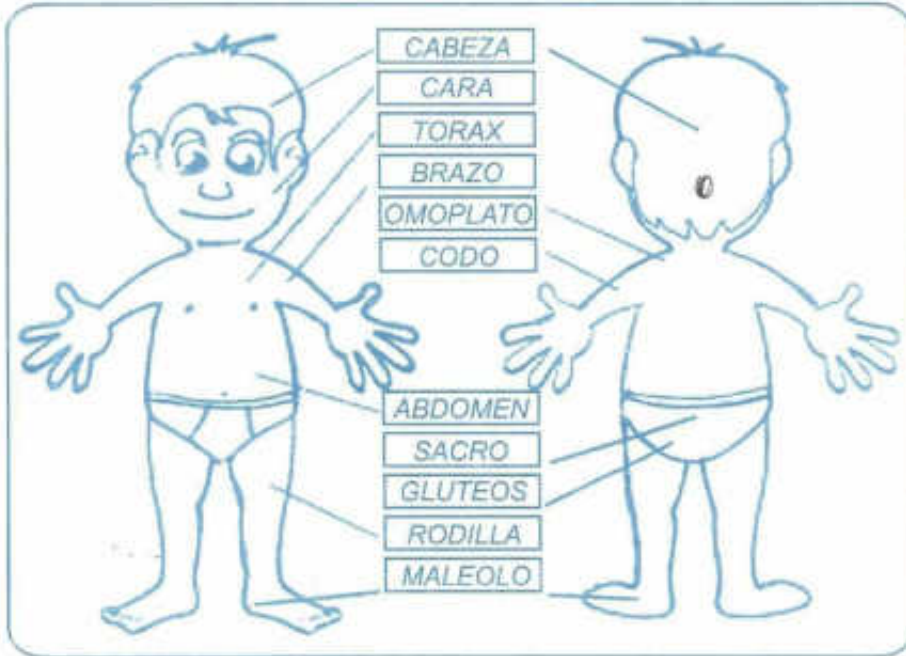
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales			
Control de ingreso hídrico			
Control de Eliminación			
Control de piel / herida			
Asegurar un buen descanso			
Manejo del Dolor			
Riesgo de Caída			
Administración de fármacos			
Educación Intestinal-vesical			
Educación del Paciente / Filiar			
Evaluar nivel de consciencia			
Asegurar una adecuada respiración			
Higiene diaria			
Aislamiento infectológico			
Control de Ansiedad			
Aporte Nutricional			
Movilización			
Comunicación Efectiva			
Identificación Permanente			
Salidas Transitorias			

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valoración según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	OTM	OTT	TNO
Estado Mental	0	0	0
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	2	2
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Valoración según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la oponeurosis muscular
- Grado III : Compromete al plano muscular
- Grado IV : Llega al plano periostico y óseo

Clasificación	Sacra		Trocante		Talión		Codos		Cabeza		Esternón		Malleolo		Otros	
	TM	TT	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	
Curaciones	TM	TT														
sf clorhex/plasuit según ind. med. eval. plastica	7	7														

### OBSERVACIONES

TM  
 TT Alto de liase.  
 TN

### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Cual?	
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>		
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="text"/>	hs finalización	<input type="text"/>

### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada: SI  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg.  Camisolín  Botas  Consent.   
 Descanso Nocturno: Buend  Regular  Malo

### Traslado de Pacientes

LUGAR   
 Hs. Salida   
 LUGAR   
 Hs. Salida

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Expansión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alimentación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Referencia: (Las casillas completarse cuando correspondo con una X) (Cuando NO APlique al fin del turno tachar (-) lo que no está completa)

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales	<p><u>Paciente estable en manejo CV. se le observó a sus pies los tendones profundos. De 15 exp de yole coarctado. Medicación P de pnd</u></p>
	Observaciones de Medicación:	<p><u>medicado por SVD s/ind medico</u></p>
	Firma y sello Enf. Asistencial	<p><u>CLAUDIA DEÑANIGO</u>  <small>Lic. Enfermería N.º 151530</small></p>
	Firma y sello Enf. Medicación	<p><u>CLAUDIA DEÑANIGO</u>  <small>Lic. Enfermería N.º 151530</small></p>
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	<p><u>Paciente lúcido que se maneja CV. todo continuo a sus tiempos programados. Uso por SVD 10mg BID Medicación P de pnd</u></p>
	Observaciones de Medicación:	<p><u>medicado por SVD s/ind medico</u></p>
	Firma y sello Enf. Asistencial	<p><u>CLAUDIA DEÑANIGO</u>  <small>Lic. Enfermería N.º 151530</small></p>
	Firma y sello Enf. Medicación	<p><u>CLAUDIA DEÑANIGO</u>  <small>Lic. Enfermería N.º 151530</small></p>
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	<p><u>Paciente descompensado por su papa' CV dentro de parámetros estables. Presenta</u></p>
	Observaciones de Medicación:	<p><u>SNG reabrirse A/E a vacio. Diuresis + en posib. Mantiene buen diuresis nocturna.</u></p>
	Firma y sello Enf. Asistencial	<p><u>María Elena</u>  <small>Lic. Enfermería N.º 151530</small></p>
	Firma y sello Enf. Medicación	<p><u>María Elena</u>  <small>Lic. Enfermería N.º 151530</small></p>

Paciente medicado según indicación medica



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275

RIOS JUAREZ, LUANA  
 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO  
 INT

FECHA: 23-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 80603

CAMA: 215

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

25 KGS. FIM INICIAL

DIAGNOSTICO: TEC

HORARIO	8 hs.	1730 hs.	2120 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90/60								
FRECUENCIA CARDIACA	95x'	84x'	78x'								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	18x'	18x'								
Tª Axilar / Central	35.8°C	35.5	35.9°C								
Sa O2%	99%	99%	99%								
GLASGOW (escala pediátrica)	19/15	15/5	15/15								
INGRESOS / HORARIOS	8:30 hs.	13 hs.	1500 hs.	1800 hs.	1900 hs.	2030 hs.	2120 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	
PHP											
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL											
ALIMENT. ENTERAL ( ml/ha)		250	250	150/400	400	250/650	-1650	250/900	-1900	250/1150	
EXPANSIÓN ENTERAL	100	-100	60	100	100	200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	100	350	350	500	600	850	850	1100	1100	1350	
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	120	200	200/420	250/570	770	130/200	200/1100	-1100	200/1300	200/1500	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS Sokas <sup>1</sup> / Benda <sup>2</sup> / Diameca <sup>3</sup>											
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	120	320	420	770	770	900	1100	1100	1300	1500	
BALANCE	-20	+20	-70	270	-170	50	0	-200	-150		

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	G	/
Reposera /Catafalco /Silla	D	D	/
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	/
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/M - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin. (Sipon)		X	
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,...)	X	X	X
5) Almohadón Roto		X	
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevacion MMSS D - I			
Elevacion MMII D - I			
Pulsera de Identificación	Si/No	Si/No	Si/No
Peso Actual Kgrs	23.600	18.01	

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	/
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	/
Rescate Analgesia Si - No	-	-	/

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberón  SNG  Gastrost.  Yeyunost.   
 ACOMPAÑANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros   
 SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

### EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA

Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO   
 Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

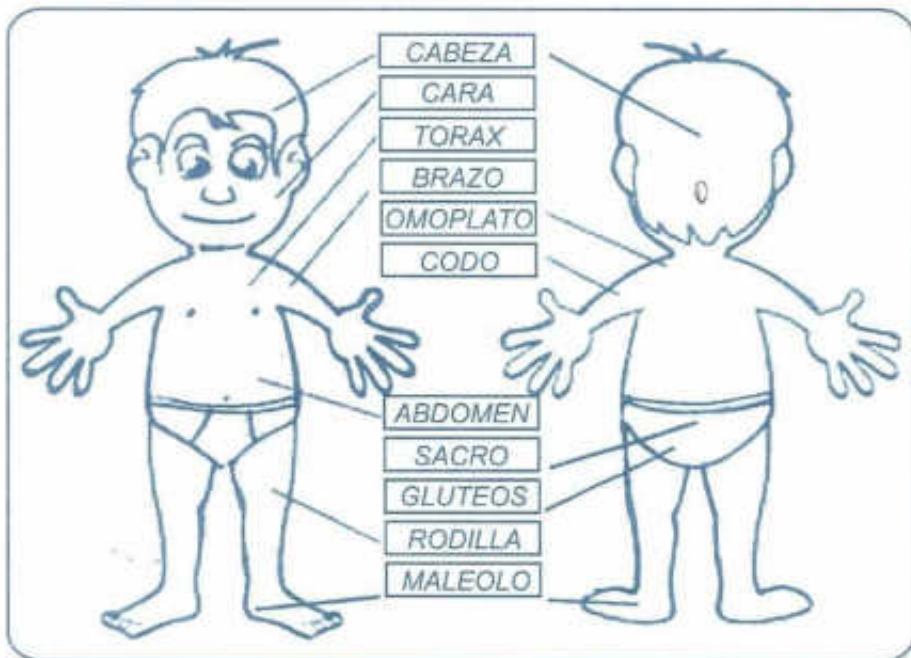
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	-	-
Manejo del Dolor	-	-	-
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	-	-	-
Educación del Paciente / Filar	-	-	-
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	-	-	-
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infecciológico	-	-	-
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: (Las casilleros completados cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	6	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	4	1
Sensibilidad Cutánea	0	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>11</b>

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponible muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	I		Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plástica				TM	TT <i>en cámara</i>			

#### Solicitud de Estudios

hs.		Env.	Pend.	Env.		Pend.	Colocación de Dispositivos invasivos				
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via periférica	TM	TT	TN	F. Coloc.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Cual ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="checkbox"/>	hs. finalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs.				Traslado de Pacientes		Cambio de Tubuladuras	
Muestra enviada	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Refrigerada <input type="checkbox"/>	LUGAR	<input type="checkbox"/>	Fecha	F. coloc.
FORMA DE RECOLECCIÓN:	Al Acecho <input type="checkbox"/>	Cateter <input type="checkbox"/>	Sonda <input type="checkbox"/>	Hs. Salida	<input type="checkbox"/>	PHP	<input type="checkbox"/>
Ayuno	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Motivo	LUGAR	<input type="checkbox"/>	Expansión	<input type="checkbox"/>
Prepar. Cx	Hoja Preg <input type="checkbox"/>	Camisolín <input type="checkbox"/>	Botas <input type="checkbox"/>	Hs. Salida	<input type="checkbox"/>	Alimentación	<input type="checkbox"/>
Descanso Nocturno:	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales		
	Paciente estable condicionada, consume sus tratamientos programados.		
	Observaciones de Medicación: recibe medicación indicada.		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Prof. N. 54529 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Medicación                 </td> </tr> </table>	 Enfermera Prof. N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación
 Enfermera Prof. N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación		
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales Niño llorando que protesta de sus tratamientos programados. (al estar niño llorando/estrés) le administro DE SOL. por gavage. BIG. esp de agua presento latido por Superintend. revisión P. (aus de ducha)		
	Observaciones de Medicación: Recibe medicación por SVD s/ind. medica.		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                     CLAUDIA ESPANICO                        Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Medicación                 </td> </tr> </table>	 Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	CLAUDIA ESPANICO  Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación
 Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	CLAUDIA ESPANICO  Enfermera Profesional N. 54529 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación		
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales Paciente con parámetros vitales estables, acompañada por su padre, se readmitió a la paciente para su descanso.		
	Observaciones de Medicación: Recibe ale por sng administrado por gavage con buena tolerancia gástrica.		
	Medicada en tiempo y forma según ind. médica		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> </td> </tr> </table>		



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 24-02-22. ALERGIAS: EDAD: 8 años

CAMA: 215

DIAGNOSTICO: REC

25 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

HORARIO	9 hs.	13 hs.	17 <sup>00</sup> hs.	19 <sup>00</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	01 hs.	03 hs.	04 hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/50	90/60						
FRECUENCIA CARDIACA	102 x'	92	81 x'						
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 x'	20	19 x'						
Tª Axilar / Central	36,2°C	35,8	36,1						
Sa O2%	99%	97	96,1						
GLASGOW (escala pediátrica)	14/15	15/15	15/15						
INGRESOS / HORARIOS	13	17 <sup>00</sup>	19 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	21 <sup>30</sup>	01	03	04	
PHP									
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV									
LIQUIDOS ORAL									
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	-	250	250/300	200/450	450	300/750	300/1050	-/1050	300/1350
EXPANSIÓN ENTERAL	100	-	100	100/200	200	200	-/200	-/200	-/200
INGRESOS TOTALES	100	350	450	650	650	950	1250	1250	1550
EGRESOS									
DIURESIS Espontanea	120	170	300/500	180	130	170/1070	150/1220	-/1220	140/1360
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>									
CATARSIS Soluto <sup>1</sup> / Banda <sup>2</sup> / Diemca <sup>3</sup>									
SNG / EMESIS									
DRENAJES									
DENSIDAD URINARIA									
EGRESOS TOTALES	120	290	590	770	900	1070	1220	1220	1360
BALANCE	-20	+60	-140	-120	-250	-120	50	50	190

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera /Catafalco /Silla	R	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox			
Clorhexid			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin./ Suposit.			X
Prevenc. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	X	X	X
5) Almohadón Roto			
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevacion MMSS D - I			
Elevacion MMII D - I			
Pulsera de identificación	SI-NO	SI-NO	SI-NO
Peso Actual Kgrs			

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	0
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	
Riesgo Analgesia Si - No	-	-	

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberon  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES:  SI  NO  
 Papá  Mamá  Otros

SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO   
 Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

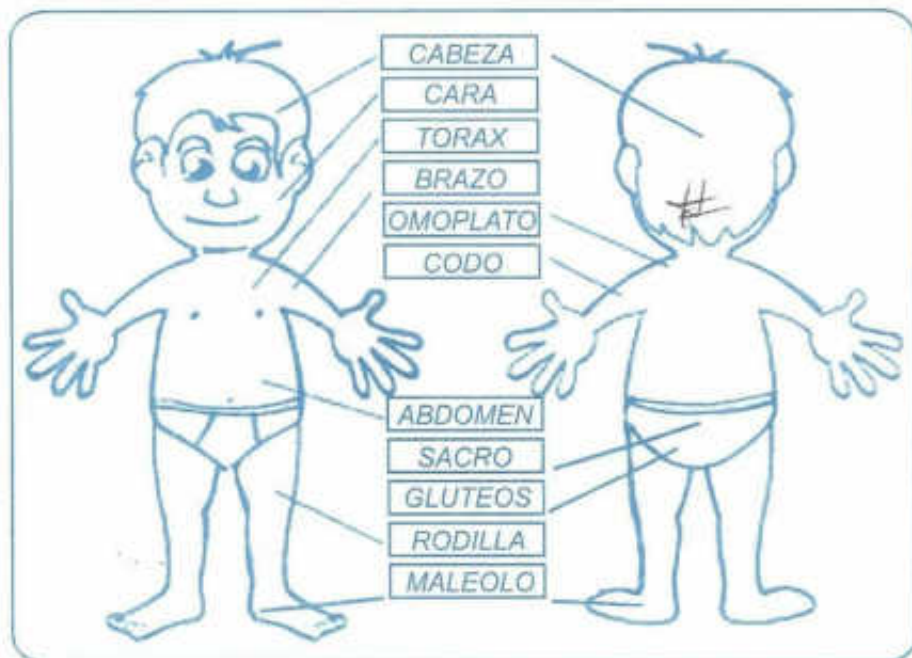
## PLANIFICACIÓN GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

### LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valoración según la escala de Amesí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM <b>1</b>	OT <b>0</b>	TNO <b>0</b>
Incontinencias	4	4	4
Doble puntuación			
Actividades	4	2	2
Doble puntuación			
Movilidad	2	2	2
Doble puntuación			
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	0	1
Sensibilidad Cutánea	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>10</b>

Valoración según la escala de Amesí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponente muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.	<b>6/2</b>			
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasulf				TM	<b>Buena evolución.</b>			
según ind. med.				TT	<b>Amo. de Bido.</b>			
eval. plástica				TN				

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>				
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>				
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>				
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>				
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo	<input type="checkbox"/>				hs. finalización <input type="checkbox"/>

#### Colocación de Dispositivos Invasivos

Via periférica	TM	TT	TN	F. Coloc.
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buend  Regular  Malo

#### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

Referencia: (Los casilleros completarios cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

### EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM Observaciones Asistenciales	Paciente estable, acondicionado, concurre a sus tropias. Disfruta un yogurt.	
Observaciones de Medicación:	Paciente medicación indicada.	
Firma y sello Enf. Asistencial	<i>[Firma]</i>	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
TT Observaciones Asistenciales	Niño huido que portaba de sus troias preservados, se realiza CV: Stm con DA @ y Eip de J de templa y AE. Mucos @ en punt. Acondicionado para el descaes. Sudo P. biloncus. Fco II (300 ml)	
Observaciones de Medicación:	medicado por su s/ind medico	
Firma y sello Enf. Asistencial	<i>[Firma]</i>	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
TN Observaciones Asistenciales	Paciente acompañado por su papa. esu dentro de parámetros estables.	
Observaciones de Medicación:	Paciente suv recibiendo A/E a grupo. Mantiene buen avance nocturno. Paciente se le coloco supositorio.	
Observaciones de Medicación:	Paciente medicado según indicación medica	
Firma y sello Enf. Asistencial	<i>[Firma]</i>	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACION PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 25-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 8 años  
CAMA: 245  
DIAGNOSTICO: TEC

25 KGS. FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

HC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Afi:  
Nro Pac: 749275  
DNI: 53123159  
OS: PRIVADO  
INT

HORARIO	hs.	17 <sup>30</sup>	21 <sup>30</sup>	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90/60						
FRECUENCIA CARDIACA	104x1	98x1	82x1						
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x1	20x1	18x1						
Tª Axilar / Central	35,1°C	35,7	35,9°C						
Sa O2%	99%	99%	100%						
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15						
INGRESOS / HORARIOS	8 hs.	13 hs.	17 <sup>40</sup> hs.	20 <sup>30</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	00 <sup>30</sup> hs.	03 hs.	06 hs.	hs.
PHP									
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV									
LIQUIDOS ORAL									
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)		250	300/550	300/850	-1850	300/1150	-1150	300/1450	
EXPANSIÓN ENTERAL	100	-100	100/200	200	-1200	-1200	-1200	-1200	
INGRESOS TOTALES	100	350	700	1050	1050	1350	1350	1650	
EGRESOS									
DIURESIS Espontanea	+(sin cuant.)	100	250/350	330/680	+SC -1680	300/980	200/1180	-1180	
Cateterismo Sonda Vesical <sup>2</sup>									
CATARSIS Saliva <sup>2</sup> / Benda <sup>2</sup> / Demosa <sup>2</sup>	H(2)	-							
SNG / EMESIS									
DRENAJES									
DENSIDAD URINARIA									
EGRESOS TOTALES									
BALANCE									

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS	TURNO			TURNO	TURNO		
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha							
Reposera /Catafalco /Silla	R	-	-				
Higiene y Confort	X	Y	Y				
Higiene Bucal	X	Y	Y				
Lavado y Protección ocular							
Higiene Perineal							
Pervinox							
Clorhexid							
J. Neutro							
oleoy							
Control balón traqueostomía							
Cambio de traqueostomía							
Cateterismo Vesical							
C/4 - C/6 - C/8							
Control Ecograf. Urinario							
Estimulac. Intestin. / Suposif.							
Preven. úlcera	X	Y	Y				
1) Colchón aire	X	Y	Y				
3) Silicona Spray	X	Y	Y				
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	X	Y	Y				
5) Almohadón Roto							
Válvulas MMSS D - I							
Válvulas MMII D - I							
Elevación MMSS D - I							
Elevación MMII D - I							
Pulsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No				
Peso Actual Kgrs	23,00	13,02					

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	17 <sup>30</sup>	21 <sup>30</sup>	00 <sup>30</sup>	03	06
Dolor (0-10)	1	1	1		
Administ. Analgesia SI - No	SI	SI	SI		
* Respuesta Pos-analgésia					
Rescate Analgesia SI - No	SI	SI	SI		

**INGESTA** Líquidos: NO  SI  Esposantes: SI  NO   
 Biberon  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

**ACOMPAÑANTES** SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

**SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA**

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO

Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

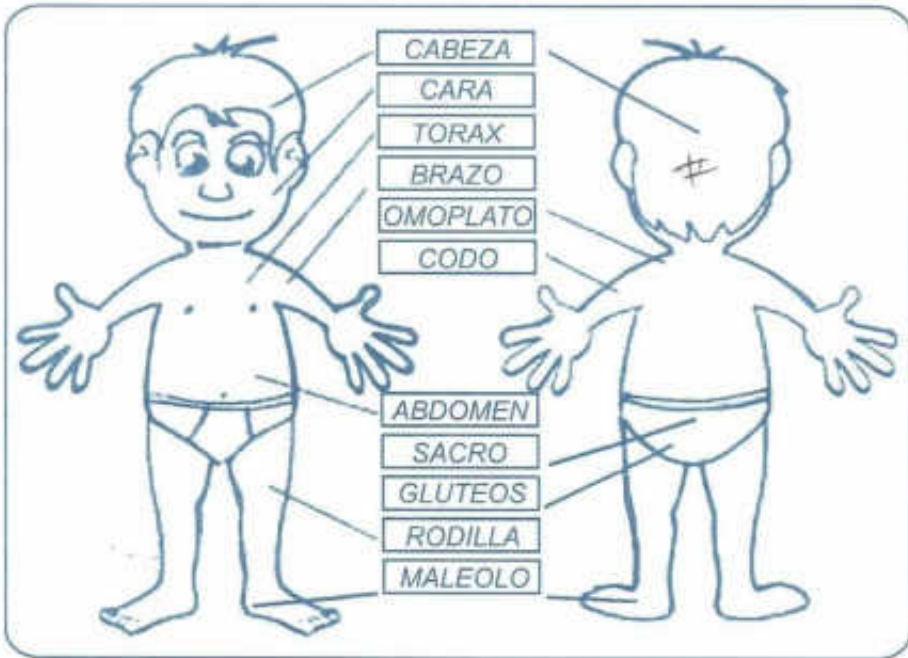
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	Y	X	Evaluar nivel de conciencia	X	Y	X
Control de Ingreso hídrico	X	Y	X	Asegurar una adecuada respiración	X	Y	X
Control de Eliminación	X	Y	X	Higiene diaria	X	Y	X
Control de piel / herida	X	Y	X	Aislamiento infectológico	X	Y	X
Asegurar un buen descanso	X	Y	X	Control de Ansiedad	X	Y	X
Manejo del Dolor	X	Y	X	Aporte Nutricional	X	Y	X
Riesgo de Caída	X	Y	X	Movilización	X	Y	X
Administración de farmacos	X	Y	X	Comunicación Efectiva	X	Y	X
Educación Intestinal-vesical	X	Y	X	Identificación Permanente	X	Y	X
Educación del Paciente / Filar	X	Y	X	Salidas Transitorias	X	Y	X

Referencia: (Los casilleros completarios cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones:

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM 0	TT	TNO
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	6	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	2	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales		
	Paciente estable, condicionado, concurre a sus terapias programadas. Desayuna un yogur.		
	Observaciones de Medicación: Recibe medicación indicada.		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional                      N. 54629 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional                      N. 54629 - M.P. 15712                      Firma y sello Enf. Medicación                 </td> </tr> </table>	 Enfermera Profesional N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación
 Enfermera Profesional N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional N. 54629 - M.P. 15712 Firma y sello Enf. Medicación		
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales: Paciente lucido que participa de sus terapias programadas. C.V. estable. Ni alimentación ni sed. Q316 y de por SND.		
	Observaciones de Medicación: Ni med. indicada por SND s/med. medico.		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Lic. Enfermería                      M.P. 151680                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                     CLAUDIA BEÑANIGO                      Lic. Enfermería                      M.P. 151680                      Firma y sello Enf. Medicación                 </td> </tr> </table>	 Lic. Enfermería M.P. 151680 Firma y sello Enf. Asistencial	CLAUDIA BEÑANIGO Lic. Enfermería M.P. 151680 Firma y sello Enf. Medicación
 Lic. Enfermería M.P. 151680 Firma y sello Enf. Asistencial	CLAUDIA BEÑANIGO Lic. Enfermería M.P. 151680 Firma y sello Enf. Medicación		
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales: Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su madre, se avanzó a la paciente para su descanso.		
	Observaciones de Medicación: Recibe ale por suq, administrado por gavage con buena tolerancia gástrica.		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional                      M.P. 151680                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional                      M.P. 151680                      Firma y sello Enf. Medicación                 </td> </tr> </table>	 Enfermera Profesional M.P. 151680 Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional M.P. 151680 Firma y sello Enf. Medicación
 Enfermera Profesional M.P. 151680 Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional M.P. 151680 Firma y sello Enf. Medicación		

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros	
		Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.		Der/Izq.		
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES					
sf clohex/plasult según ind. med. eval. plástica				TM	buena evolución.				
				TT	Se aplica alcohol				
				TN	<del>Se aplica crema</del>				

Solicitud de Estudios			
Ecografía	hs.	Env.	Pend.
Ecocardiograma			
ECG			
TAC / RMN			
RX ( )			
Polisomnografía	hs. comienzo		hs. finalización

Colocación de Dispositivos invasivos				
Via periférica	TM	TT	TN	F. Coloc.
Sonda Gastrica				
Sonda Vesical				
Via Central				
Otros				

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs. Muestra enviada Si <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/> FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Gateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>	<b>Traslado de Pacientes</b> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/>	<b>Cambio de Tubuladuras</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fecha</th> <th>F. coloc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expansión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Fecha	F. coloc.	PHP			Expansión			Alimentación			Otros		
	Fecha	F. coloc.															
PHP																	
Expansión																	
Alimentación																	
Otros																	
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____ Prepar. Cx Hoja Preg <input type="checkbox"/> Camisolín <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/> Descanso Nocturno: Buend <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>																	

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 26-2-22  
CAMA: 215

ALERGIAS: -

EDAD: 8 años

ROJO  
AMARILLO  
VERDEHC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Afi:  
Nro Pac: 749275  
DNI: 53123159  
OS: PRIVADO  
INT

DIAGNOSTICO: TEC

25 KGS.

FIM INICIAL

HORARIO	7 <sup>45</sup> hs.	16 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	-								
FRECUENCIA CARDIACA	100f	95f	96f.								
FRECUENCIA RESPIRATORIA	17x	17x	18x1								
Tª Axilar / Central	36.2	36.2	36.3C								
Sa O2%	99%	99%	100%								
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15								
INGRESOS / HORARIOS	7 <sup>45</sup> hs.	8 <sup>30</sup> hs.	11 <sup>00</sup> hs.	16 <sup>00</sup> hs.	20 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	01 <sup>30</sup> hs.	03 hs.	04 hs.	06 hs.	
PHP											
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL		-/200	-/200	-/200	200/400	300/400	-/400	-/400	-/400	-/400	
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)				-/300	300/600	300/900	300/1200	-/1200	-/1200	300/1500	
EXPANSIÓN ENTERAL	100	-/100	-/100	100/200	-/200	-/200	-/200	-/200	-/200	-/200	
INGRESOS TOTALES	100	300	300	700	1200	1500	1800	1800	1800	2100	
EGRESOS								0.00			
DIURESIS Espontanea		(+) 250	150/400	340/740	300/1040	180/1220	-/1220	230/1450	-/1450	150/1600	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS Sólida <sup>1</sup> / Líquida <sup>2</sup> / Dismeca <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SNG / EMESIS											
DRENAJES											
DENSIDAD URINARIA											
EGRESOS TOTALES	-	250	400	740	1040	1220	1220	1450	1450	1600	
BALANCE	100	50	(-100)	40	160	280	580	350	350	500	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	Y	Y	Y
Reposera /Catalefo /Silla	Y	Y	Y
Higiene y Confort	Y	Y	X
Higiene Bucal	Y	Y	X
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Povidon			
Clorhexid			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C4 - C5 - C6			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestinal / Suposil			
Preven. úlcera	Y	Y	X
1) Colchón aire	Y	Y	X
3) Sílicona Spray	Y	Y	X
4) Cambio decúbito (1,2,3...)			0/3
5) Almohadón Rollo	Y	Y	
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevación MMSS D - I			
Elevación MMII D - I			
Pulsera de identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgs			
Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.			

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	T.M	T.T	T.N
Dolor (0-10)	0/10	0/10	0/10
Administ. Analgesia Si - No			
* Respuesta Pos-analgesia			
Rescate Analgesia Si - No			
* Referencia: con escala de dolor			

INGESTA	Líquidos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Espesantes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Biberón	<input type="checkbox"/>	SND <input checked="" type="checkbox"/>	Gastrost.	<input type="checkbox"/>	Yeyunost.	<input type="checkbox"/>
ACOMPANANTES <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
Papá <input checked="" type="checkbox"/> Mamá <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>							
SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>							
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA							
Orientación Temporo-Espacial		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Obedece Ordenes		SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Marcha	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Discapacidad Severa <input checked="" type="checkbox"/>		Discapacidad Moderada <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Leve <input checked="" type="checkbox"/>	
Equilibrio	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
Coordinación	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
Movilidad	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					

## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

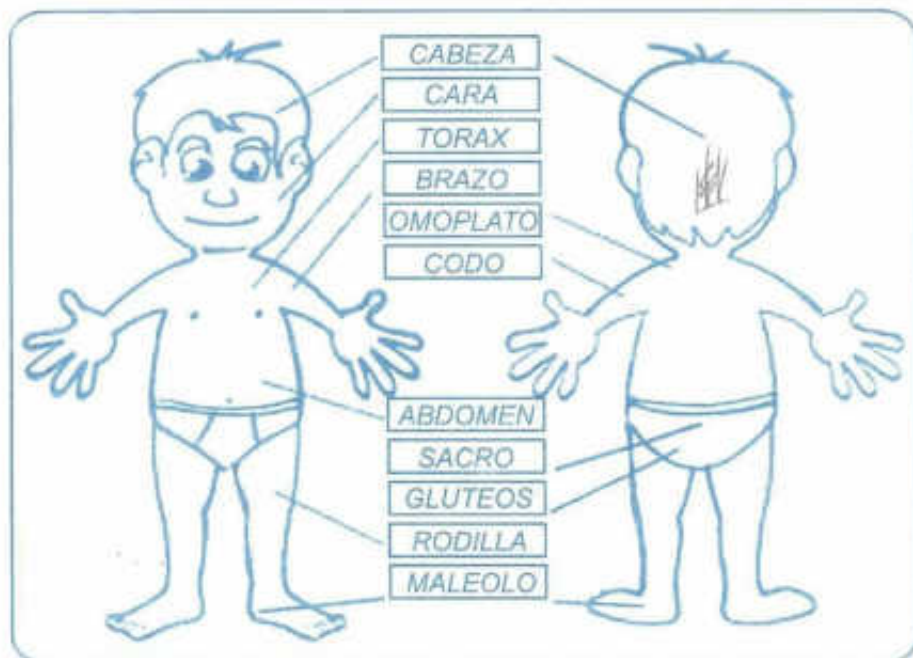
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	Y	Y	X
Control de ingreso hídrico	Y	Y	X
Control de Eliminación	Y	Y	X
Control de piel/Herida	Y	Y	X
Asegurar un buen descanso	Y	Y	X
Manejo del Dolor	Y	Y	X
Riesgo de Caída	Y	Y	X
Administración de fármacos	Y	Y	X
Educación Intestinal-vesical	Y	Y	X
Educación del Paciente / Cuidar	Y	Y	X
Evaluar nivel de conciencia	Y	Y	X
Asegurar una adecuada respiración	Y	Y	X
Higiene diaria	Y	Y	X
Aislamiento infectológico	Y	Y	X
Control de Ansiedad	Y	Y	X
Aporte Nutricional	Y	Y	X
Movilización	Y	Y	X
Comunicación Efectiva	Y	Y	X
Identificación Permanente	Y	Y	X
Salidas Transitorias	Y	Y	X

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero.

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

### LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Arnel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TMO	TTO	TNO
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>

Valorización según la escala de Arnel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN					
si clorhexiplasulf según ind. med. eval. plástica				X				

#### OBSERVACIONES

TM Se observa mejoría de la piel.  
TT  
TN

#### Solicitud de Estudios

		hs.		Env.		Pend.		Env.		Pend.		Colocación de Dispositivos invasivos				
Ecografía	<input type="checkbox"/>			Luckens	<input type="checkbox"/>			Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>			Via periférica	TM	TT	TN	F. Coloc.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>			Urocultivo	<input type="checkbox"/>			Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>			Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>			Hemocultivo	<input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>			Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>			Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>			Cual ? _____				Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RX ( )	<input type="checkbox"/>			Otros:	<input type="checkbox"/>							Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>			hs. comienzo	<input type="checkbox"/>			hs finalización	<input type="checkbox"/>							

#### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg.  Camisón  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando correspondo con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

#### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_  
 LUGAR \_\_\_\_\_  
 Hs. Salida \_\_\_\_\_

#### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

### EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales	Observaciones de Medicación:	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
	Pte vigil lucida, signos vitales dentro de los parámetros normales. Diuresis + (sensible). Pte bien cuidado, curado a zona occipital. Concurre a sus terapias a tiempo y forma.		Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP 181939 Firma y sello Enf. Asistencial	Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP 181939 Firma y sello Enf. Medicación
	Pte medicado según indicaciones médicas. S.N.G. permeable			
	Pte vigil, alerta e pasiva. Signos vitales dentro de los parámetros normales. Última ingesta de alimentos (sensibles). Pte realiza topiaciones en UPP, occipital.		Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP 181939 Firma y sello Enf. Asistencial	Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP 181939 Firma y sello Enf. Medicación
	Pte alerta S.N.G. permeable		Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP 181939 Firma y sello Enf. Asistencial	Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP 181939 Firma y sello Enf. Medicación
	Paciente acompañada por su mamá. CSU dentro de parámetros estables. Diuresis ++ en potes.			
	24hr paciente se saca SNG. 01hr se retira SNG. Rigida en lo. es combatida por medico de guardia. Mantiene buen diuresis nocturno. Quece pendiente colocación de supositorio, por la mañana.			
	Paciente medicada según indicación medica.		Moella Gomez Enfermera Profesional Firma y sello Enf. Asistencial MP 169004	Moella Gomez Enfermera Profesional Firma y sello Enf. Medicación MP 169004



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 27-02-22  
CAMA: 215  
DIAGNOSTICO: TFC

ALERGIAS

EDAD: 8

25<sup>00</sup> KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Afi:

ONI: 53123159  
OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

HORARIO	08 <sup>32</sup> hs.	11 <sup>30</sup> hs.	12 <sup>20</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90-70							
FRECUENCIA CARDIACA	102	104	98x							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	20	19x							
Tª Axilar / Central	36.3	36.3	36.20							
Sa O2%	99%	98%	99%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	11 hs.	12 hs.	15 hs.	19 hs.	20 hs.	21 <sup>20</sup> hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)			250	-/250	250/500	-/500	300/800	-1800	300/1100	300/1400
EXPANSIÓN ENTERAL	100	-/100	-/100	100/200	-/200	-/200	-1200	-1200	-1200	-1200
INGRESOS TOTALES	100	100	350	450	700	700	1000	1000	1300	1600
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	200	+/-/200	100/300	200/500	-/500	300/800	-1800	250/1050	200/1250	-11250
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Seda <sup>1</sup> / Blanda <sup>2</sup> / Dureza <sup>3</sup>		++(2)	+(2)							
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	200	+7200	300	500	500	800	800	1050	1250	1250
BALANCE	100	100	50	50	200	100	200	1050	50	350

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	/
Reposera /Catafalco /Silla	B	-	/
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular	X	X	/
Higiene Perineal	X	-	/
Pervinox	-	-	/
J. Neutro	deo	-	/
Control balón traqueostomía	-	-	/
Cambio de traqueostomía	-	-	/
Cateterismo Vesical	-	-	/
C/4 - C/6 - C/8	-	-	/
Control Ecograf. Urinario	-	-	/
Estimulac. Intestin./Suposit	X	X	/
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silcone Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3.....)	X	X	X
5) Almohadón Rolo	X	X	/
Valvas MMSS D - I	-	-	/
Valvas MMI D - I	-	-	/
Elevacion MMSS D - I	-	-	/
Elevacion MMI D - I	-	-	/
Pulsera de identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgrs	2300	192	

TURNO	TM	TT	TN
Curación vía intravenosa	-	-	/
Curación lesión piel	X	X	/
Curación de Traqueostomía	-	-	/
Curación y fijación Gastro / yeyun	-	-	/
Curación otros.....	-	-	/
Curación de Ostoma	-	-	/
cambio de tubuladuras	X	X	X
1) Enteral / Periférico	E	E	X
Realización de ECG	-	-	/
Alimentación enteral c/seringa	-	-	/
Colocación de medias antitrombol.	-	-	/
Colocación de yeso (MMS-MMI)	-	-	/
Barandas cama levantada	X	X	X
Colocación de chichoneras	-	-	/
Colocación de collar cervical	-	-	/
Colocación de Pechera / Chirpa	+	+	/
Filtro humidificador Traqueostomía	-	-	/
Monitoreo saturometría Periférica	-	-	/
Aspiración secreción	-	-	/
Cabecera 30° a 45°	-	-	/
O2 Terapia Lix ( )	-	-	/
Aslamiento / germen	-	-	/
Contacto /Respiratorio	-	-	/
B-PAP (I-PAP /E-PAP)	-	-	/
Modific. Ind. Médicas	-	-	/

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	/
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	/
Rescate Analgesia Si - No	NO	NO	/

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberon  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO

Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

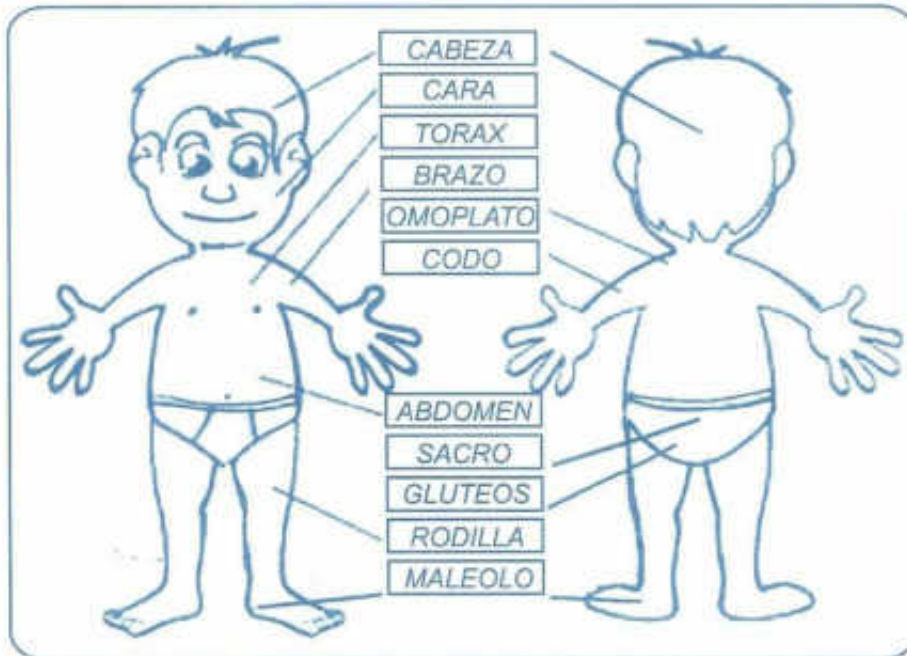
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	-	-	X
Riesgo de Caída	-	-	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Fíjar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	-	-	/
Control de Ansiedad	-	-	/
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	/

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones:

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM	TT	TN
Incontinencias Doble puntuación	6	6	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>12</b>

Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros:
		Der/Izq.	Der/Izq.	Der/Izq.			Der/Izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
si clorhex/plasult según ind. med.				TM				
eval. plástica				TT				
				TN				

### Solicitud de Estudios

Ecografía	hs.	Luckens	Env.	Pend.	Hisopado Nasal	Env.	Pend.
Ecocardiograma		Urocultivo			Hisopado Anal		
ECG		Homocultivo			Otros:		
TAC / RMN		Ext. Sangre			Cual ?		
RX ( )		Otros:					
Polisomnografía		hs. comienzo		hs. finalización			

### Colocación de Dispositivos Invasivos

Vía periférica	TM	TT	TN	F. Coloc.
Sonda Gastrica				
Sonda Vesical				
Vía Central				
Otros				

### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada SI  NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg.  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Bueno  Regular  Malo

### Traslado de Pacientes

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	pte neurologicamente estable en compañía de su mamá; OBT se colma desp de 12h; OPA se colma a 14:00h enteros; 12 <sup>30</sup> h se colma suya presente cotasis (+) se lava en ducha; cuidados de la piel; se tópica con alcohol escoria capilar
	Observaciones de Medicación:	12h se colma AE, pte se nota la SNG se colma nuevamente es controlado por el otro de guardia, se continúa posendo AE.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	pte al comienzo del turno deambulaba por la institución en compañía de su mamá regreso a la cama se puso desp de 14h. OSU parámetros normales, luego deambulaba por la institución 18h se cuenta AE.
	Observaciones de Medicación:	20h asistido asistido p/au descanso
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su madre, se accede a la sala para su descanso, recibe ale por suq con buena tolerancia gástrica.
	Observaciones de Medicación:	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
	Medicada en tiempo y forma según ind. Médica.	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completado)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

SANCHEZ, GABRIELA YANET

HC: 729501

FNac: 11/03/2005

Epi: 36178

Afi: 112302266502

DNI: 46565215

OS: I. O. M. A

Plan Af. 0 Exento.

Nro Pac: 729501

INT

FECHA: 27-2-22  
CAMA: 209  
DIAGNOSTICO: LM

ALERGIAS

EDAD: 16

28.00 KGS.

FIM INICIAL

HORARIO	10 hs.	18 hs.	22 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90-60	89/60	67x	66x				
FRECUENCIA CARDIACA	73	78x	74x	69x	67x	66x				
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	20x	20x							
Tª Axilar / Central	37.2	3.6	36.7°C							
So O2%	98%	99%	100%	98%	97%	98%				
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	10 hs.	12 hs.	14 hs.	18 hs.	22 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL	250	-/250	300/550	250/800	200/1000	200/1200	-1200	-1200		
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)										
EXPANSIÓN ENTERAL										
INGRESOS TOTALES	250	250	550	800	1000	1200	1200	1200		
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	300	-/300	-/300	-/300	+1300	+1300	-1300	-1300		
Cateterismo/ Sonda Vesical <sup>2</sup>	-	180	-/180	200/390	-1390	200/590	-1590	200/790		
CATARSIS Sica <sup>1</sup> / Bamba <sup>2</sup> / Diuresis <sup>2</sup>	-	-	-	+2	-	-	-	-		
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	300	490	490	690						
BALANCE	50	240	60	110						

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	-	D	I
Reposera /Catafalco /Silla	-	B	I
Higiene y Confort	x	x	x
Higiene Bucal	x	x	x
Lavado y Protección ocular	x	x	x
Higiene Perineal	x	x	x
Pervinox	-	-	-
Clorhexid	-	-	-
J. Neutro	JN	JN	X
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	x	x	x
C/4 - C/6 - C/8	7/8	7/8	x
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin / Suposit.	-	-	-
Preven. úlcera	x	x	x
1) Colchón aire	x	x	x
3) Silicona Spray	x	x	x
4) Cambio decúbito (1,2,3,...)	x	x	x
5) Almohadón Rollo	x	x	x
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMII D - I	-	-	-
Elevacion MMSS D - I	-	-	-
Elevacion MMII D - I	-	-	-
Putsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgrs	36	24/01	

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	SI
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	SI
* Respuesta Pos-analgésica	-	-	SI
Rescate Analgesia Si - No	NO	NO	NO

\* Referencia: con escala de dolor

INGESTA	Líquidos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Esperantes	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	Biberon	<input type="checkbox"/>	SND <input type="checkbox"/>	Gastrost.	<input type="checkbox"/>	Yeyunost.	<input type="checkbox"/>
EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA							
Orientación Temporo-Espacial		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Obedece Órdenes		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Marcha	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Severa		<input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Moderada	<input type="checkbox"/>
Equilibrio	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Leve		<input type="checkbox"/>		
Coordinación	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>					
Movilidad	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

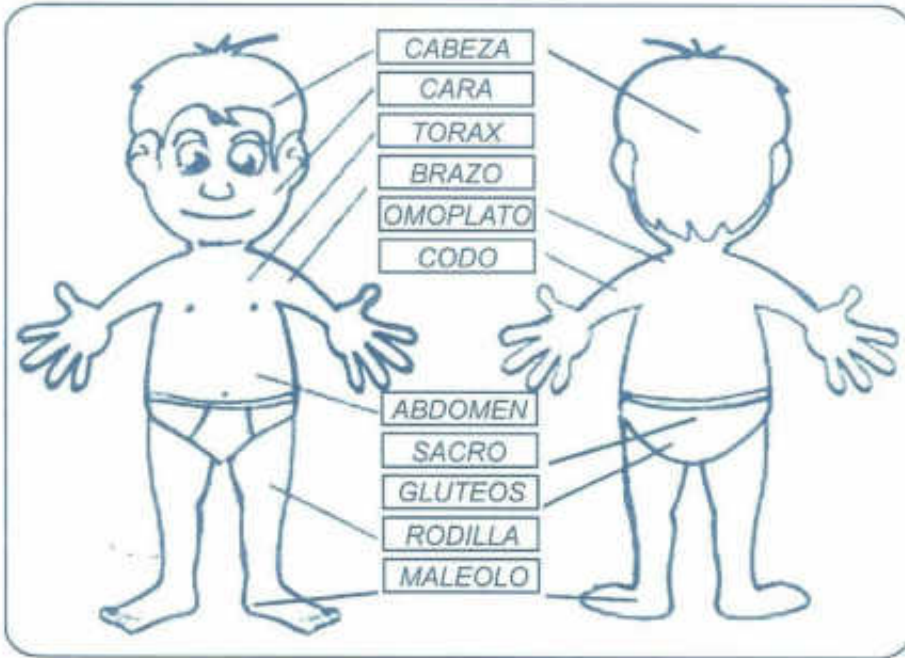
## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	x	x	x
Control de ingreso hídrico	x	x	x
Control de Eliminación	x	x	x
Control de piel / herida	x	x	x
Asegurar un buen descanso	x	x	x
Manejo del Dolor	x	x	x
Riesgo de Caída	x	x	x
Administración de farmacos	x	x	x
Educación Intestinal-vesical	x	x	x
Educación del Paciente / Filar	x	x	x
Evaluar nivel de conciencia	x	x	x
Asegurar una adecuada respiración	x	x	x
Higiene diaria	x	x	x
Aislamiento infectológico	-	-	-
Control de Ansiedad	x	x	x
Aporte Nutricional	x	x	x
Movilización	x	x	x
Comunicación Efectiva	x	x	x
Identificación Permanente	x	x	x
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión).

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TMO	TTO	TNO
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	4	6
Actividades Doble puntuación	6	6	6
Movilidad Doble puntuación	6	6	6
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>19</b>

Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorex/piasult según ind. med.				TM				
eval. plástica				TT				
				TN				

### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual ? _____	
RX ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo		hs. finalización	

### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

**Traslado de Pacientes**

LUGAR

Hs. Salida

LUGAR

Hs. Salida

**Cambio de Tubuladuras**

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales
	pte estable, en compañía de su mamá al comienzo del turno disminuido se aden med; continuo descausado; 10h CSU parámetros vitales; se cura sistema TAT; pte desayunado; 12h se realiza cate esp (+)
	Observaciones de Medicación: recibe med us STM en mgf.
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>RUSCITTI ADA M.</b> Enfermera Profesional M.P. 11401 - M.N. 58355</p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>RUSCITTI ADA M.</b> Enfermera Profesional M.P. 11401 - M.N. 58355</p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales pte estable, en compañía de flia, 14h eliminando, luego descausa; 16h se aden med; 17h se realiza cate en descausado de la piel; 18h se realiza cate esp (+) se cura sistema TAT; CSU parámetros vitales; se realiza en silla de descausado la institución 20h no se encuentra en la lab.
	Observaciones de Medicación: recibe med us STM en mgf.
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>RUSCITTI ADA M.</b> Enfermera Profesional M.P. 11401 - M.N. 58355</p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>RUSCITTI ADA M.</b> Enfermera Profesional M.P. 11401 - M.N. 58355</p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su mamá, se accudiciona a la paciente para su descausado; catarsis y diuresis esp (+) accudiciona la guardia, se realiza cateterismo vesical ite a las 20h y a las 21h se administra ibuprofeno a pedido de la paciente (indicado en sist sica) ya que refiere cefalea; ambos cateterismos presentaron ser fétido.
	Observaciones de Medicación: Medicada en tiempo y forma según rec. médica.
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>RUSCITTI ADA M.</b> Enfermera Profesional M.P. 11401 - M.N. 58355</p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>RUSCITTI ADA M.</b> Enfermera Profesional M.P. 11401 - M.N. 58355</p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

NOVELLO, MPURICIO

FECHA: 24-2-22

ALERGIAS

EDAD 2 años y 9 meses

CAMA 207

12 KGS.

FIM INICIAL

 ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

 HC: 691687  
 FNac: 13/05/2019  
 Epi: 36364  
 Rfi: 20575321128  
 Nro Pac: 691687

 DNI: 57532112  
 OS: SEMPRE  
 Plan Unico Exent.  
 INT

DIAGNOSTICO ECNE

HORARIO	hs.								CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS							
	9 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	21 <sup>40</sup>													
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90-60													
FRECUENCIA CARDIACA	107r'	105b	101x													
FRECUENCIA RESPIRATORIA	16r'	14r'	21x'													
Tª Axilar / Central	36 <sup>00</sup>	36 <sup>00</sup>	36 <sup>00</sup>													
Sa O2%	98%	98%	100%													
GLASGOW (escala pediátrica)	14/15	14/15	14/15													
INGRESOS / HORARIOS	9 <sup>00</sup>	13 <sup>00</sup>	18 <sup>00</sup>	21 <sup>40</sup>	00	03	06									
PHP																
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV																
LIQUIDOS ORAL (Lecta)	240	20/260	120/380	100/480	-1480	-1480	-1480									
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)																
EXPANSIÓN ENTERAL																
INGRESOS TOTALES	240	260	380	480	480	480	480									
EGRESOS																
DIURESIS Espontanea	(+)	+	+	+	-	-	-									
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>																
CATARSIS Síst <sup>1</sup> / Bist <sup>2</sup> / Diam <sup>3</sup>	-	(+4)	-	-	-	-	-									
SNG / EMESIS																
DRENAJES																
DENSIDAD URINARIA																
EGRESOS TOTALES	+	+	+													
BALANCE	240	260	380													

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	T.M	T.T	T.N
Dolor (0-10)	0/10	0/10	0
Administ. Analgesia Si - No			
* Respuesta Pós-analgesia			
Rescate Analgesia Si - No			

\* Referencia: con escala de dolor

INGESTA	Líquidos	NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Espesantes	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
	Siberon	<input checked="" type="checkbox"/>	SND <input checked="" type="checkbox"/>	Gastrost.	<input checked="" type="checkbox"/>	Yeyunost. <input checked="" type="checkbox"/>

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA

Orientación Temporo-Espacial	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	Obedece Ordenes	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Marcha	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Severa	<input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Moderada <input checked="" type="checkbox"/>
Equilibrio	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Leve	<input checked="" type="checkbox"/>	
Coordinación	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			
Movilidad	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>			

ACOMPañANTES  SI  NO

Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

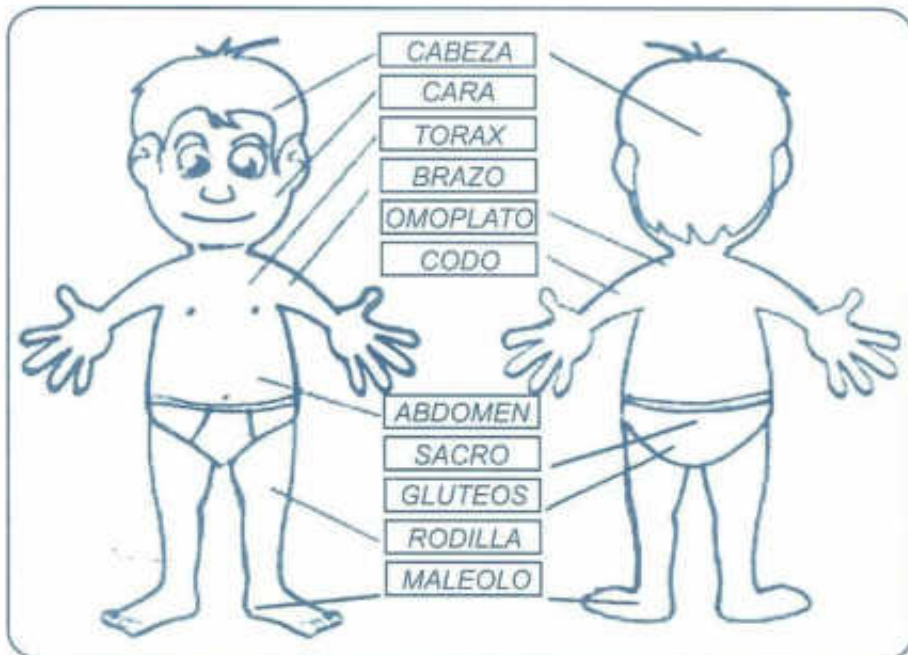
## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Control Signos Vitales	Y	Y	X	Evaluar nivel de conciencia	Y	Y	X
Control de ingreso hídrico	Y	Y	X	Asegurar una adecuada respiración	-	-	-
Control de Eliminación	Y	Y	X	Higiene diaria	Y	Y	X
Control de peso / terida	Y	Y	X	Aislamiento infectológico	-	-	-
Asegurar un buen descanso	-	-	X	Control de Ansiedad	Y	Y	X
Manejo del Dolor	Y	Y	-	Aporte Nutricional	Y	Y	X
Riesgo de Caída	Y	Y	X	Movilización	Y	Y	X
Administración de farmacos	Y	Y	X	Comunicación Efectiva	Y	Y	X
Educación Intestinal-vesical	Y	Y	-	Identificación Permanente	Y	Y	X
Educación del Paciente / Filar	Y	Y	X	Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TMO	TTO	TNO
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Valorización según la escala de Arnell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la oponente muscular
- Grado III : Compromiso el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales
	Pte vigil, reacciona a su nombre. Signos vitales dentro de la parámetros normales. Optimo ingesta de líquidos y de alimentación. Catestris (+) Divresis (-)
	Observaciones de Medicación:
	Pte medicado según indicaciones vitales v.o.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP. 181939</p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP. 181939</p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales Pte vigil, reacciona a su nombre. Signos vitales dentro de la parámetros normales. Optimo ingesta de alimentos y líquidos. Divresis (+) Catestris (+)
	Observaciones de Medicación:
	Pte medicado según indicaciones vitales v.o.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP. 181939</p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP. 181939</p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales Paciente con parámetros vitales estables se encuentra acompañado por su madre. Se acordó con el paciente.
	Observaciones de Medicación:
	Medicado en tiempo y forma según sus indicaciones.
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP. 181939</p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Maria Alejandra Itza Licenciada en Enfermería MP. 181939</p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>

### Solicitud de Estudios

Ecografía <input type="checkbox"/> hs.	Luckens <input type="checkbox"/> Env. <input type="checkbox"/> Pend. <input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal <input type="checkbox"/> Env. <input type="checkbox"/> Pend. <input type="checkbox"/>	<b>Colocación de Dispositivos invasivos</b>
Ecocardiograma <input type="checkbox"/>	Urocultivo <input type="checkbox"/>	Hisopado Anal <input type="checkbox"/>	Via periférica <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> TN <input type="checkbox"/> F. Coloc. <input type="checkbox"/>
ECG <input type="checkbox"/>	Hemocultivo <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Sonda Gastrica <input type="checkbox"/>
TAC / RMN <input type="checkbox"/>	Ext. Sangre <input type="checkbox"/>	Cual? _____	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>
RX ( ) <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>		Via Central <input type="checkbox"/>
Polisomnografía <input type="checkbox"/>	hs. comienzo <input type="checkbox"/>	hs. finalización <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Bueno  Regular  Malo

### Traslado de Pacientes

LUGAR

Hs. Salida

LUGAR

Hs. Salida

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros		

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

MUNOZ, FRANCISCO ERNESTO NICOLAS  
 HC: 304427  
 FNac: 07/05/2006  
 Epi: 36326  
 Afi: 47181785  
 Nro Pac: 433333

DNI: 47181785  
 OS: OS.PE.PRI. (0  
 UNICO Exento  
 INT

FECHA: 25-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 15 años

CAMA: 216

74 KGS. FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

DIAGNOSTICO: ECNE

HORARIO	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	110/70										
FRECUENCIA CARDIACA	82x/1										
FRECUENCIA RESPIRATORIA	18x										
Tª Axilar / Central	36.2 cc										
Sa O2%	97%										
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15										
INGRESOS / HORARIOS	0800										
PHP											
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV											
LIQUIDOS ORAL	400										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)											
EXPANSIÓN ENTERAL											
INGRESOS TOTALES	400										
EGRESOS											
DIURESIS Espontanea	+										
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>											
CATARSIS 30cm <sup>1</sup> / Banda <sup>2</sup> / Glicerica <sup>3</sup>	+ (4)										
SNG / EMESIS	-										
DRENAJES	-										
DENSIDAD URINARIA	-										
EGRESOS TOTALES	+										
BALANCE											

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha			
Reposera /Catafalco /Silla			
Higiene y Confort	X		
Higiene Bucal	X		
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox			
Clorhexid			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin / Suposil.			
Prevenc. úlcera			
1) Colchón aire			
3) Silicona Spray			
4) Cambio decúbito (1,2,3,...)			
5) Almohadón Roho			
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMil (D) (I)			
Elevación MMSS D - I			
Elevación MMil D - I			
Pulsera de Identificación			
Peso Actual Kgrs	73.000	20.02	

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0		
Administ. Analgesia Si - No			
* Respuesta Pos-analgesia			
Rescate Analgesia Si - No			

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberón  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO   
 Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

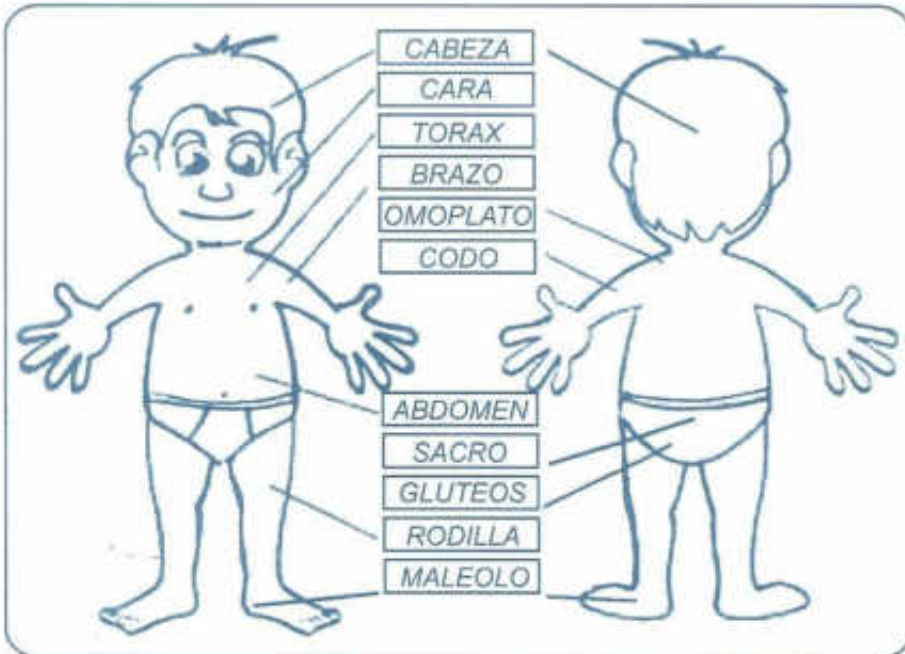
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X		
Control de ingreso hídrico	X		
Control de Eliminación	X		
Control de piel / herida	X		
Asegurar un buen descanso	X		
Manejo del Dolor	X		
Riesgo de Caída	X		
Administración de farmacos	X		
Educación Intestinal-vesical	X		
Educación del Paciente / Filar	X		
Evaluar nivel de conciencia	X		
Asegurar una adecuada respiración	X		
Higiene diaria	X		
Aislamiento infectológico	X		
Control de Ansiedad	X		
Aporte Nutricional	X		
Movilización	X		
Comunicación Efectiva	X		
Identificación Permanente	X		
Salidas Transitorias	X		

Referencia: (Las casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental	0		
Incontinencias Doble puntuación	0		
Actividades Doble puntuación	2		
Movilidad Doble puntuación	2		
Nutrición	0		
Integridad Cutánea	0		
Sensibilidad Cutánea	0		
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>		

Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Secra	Trocante Der/izq.	Talón Der/izq.	Codos Der/izq.	Cabeza	Esternón	Maleolo Der/izq.	Otros
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
us clorhex/plasult según ind. med. eval. plástica				TM				

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	.....	Urocultivo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	.....	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	.....	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cual ?					
RX ( )	<input type="checkbox"/>	.....	Otros:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo	<input type="text"/>		hs. finalización	<input type="text"/>							

### Colocación de Dispositivos Invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Vía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vía Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

### Traslado de Pacientes

LUGAR

Hs. Salida

LUGAR

Hs. Salida

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Expansión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alimentación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	Paciente despierto, sin toco en compañía de su mamá. C.S.U. con paréntesis estables. S.O. C.D. y se baño en ducha con supervisión. Desayuno con buen apetito. Se ve de alto riesgo.
	Observaciones de Medicación:	Riesgo medicación reducido. 10 Hs se actualiza de alto riesgo en compañía de su mamá.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación <i>[Firma]</i> MP 19964.
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	
	Observaciones de Medicación:	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	
	Observaciones de Medicación:	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

Referencia: (Los casilleros completarios cuando correspondo con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

CHIARLE, DALMIRO

FECHA: 25-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 3 años

CAMA: 208 B

14 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 694996  
FNac: 19/07/2018  
Epi: 36333  
Afi: 61617999105  
Nro-Pac: 694996

DNI: 57165864  
OS: OSDE.ORG.SERV  
Plan 210 Grav. 16  
INT

DIAGNOSTICO: EPILEPSIA

HORARIO	CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS																	
	TURNO				TM	TT	TN	TURNO				TM	TT	TN				
PRESIÓN ARTERIAL	40/60																	
FRECUENCIA CARDIACA	98x1																	
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x1																	
Tª Axilar / Central	35,50C																	
Sa O2%	100 e/o																	
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15																	
INGRESOS / HORARIOS	8																	
PHP																		
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV																		
LIQUIDOS ORAL	200																	
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)																		
EXPANSIÓN ENTERAL																		
INGRESOS TOTALES	200																	
EGRESOS																		
DIURESIS Espontanea	+																	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>																		
CATARISIS Sonda <sup>1</sup> / Banda <sup>2</sup> / Diuresis <sup>3</sup>	-																	
SNG / EMESIS																		
DRENAJES																		
DENSIDAD URINARIA																		
EGRESOS TOTALES																		
BALANCE																		

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	EVALUACIÓN DEL DOLOR																	
Dolor (0-10)	7																	
Administ. Analgesia Si - No	11807																	
* Respuesta Pos-analgesia																		
Rescate Analgesia Si - No	11807																	

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA** Líquidos: NO  SI  Espesantes: SI  NO   
 Riberon  SND  Gastrost.  Yeyunost.

**ACOMPANANTES** SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

**SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA**

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Órdenes: SI  NO

Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

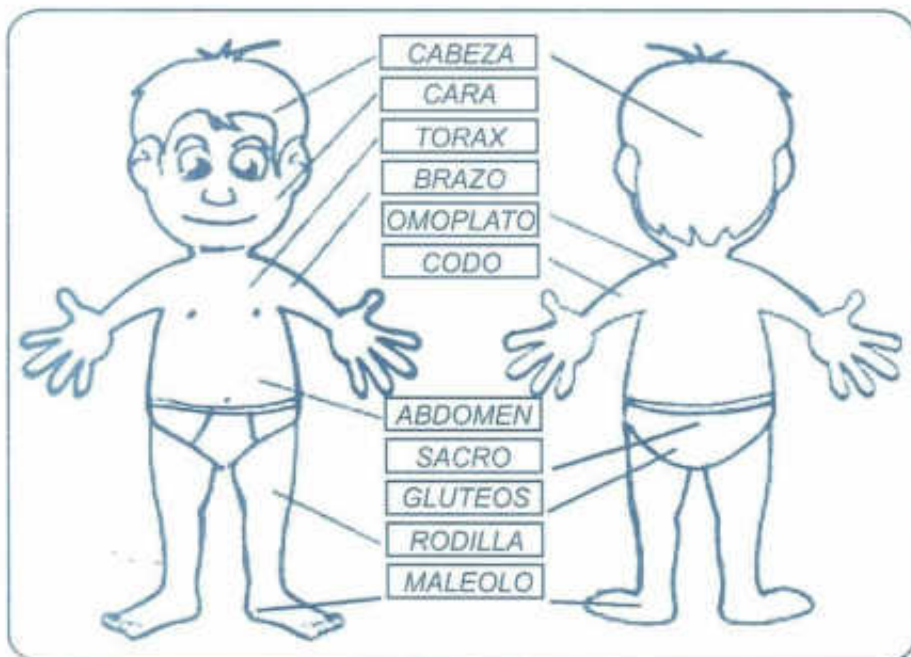
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X			Evaluar nivel de conciencia	X		
Control de ingreso hídrico	X			Asegurar una adecuada respiración	X		
Control de Eliminación	X			Higiene diaria	X		
Control de piel / herida	X			Aislamiento infectológico	X		
Asegurar un buen descanso	X			Control de Ansiedad	X		
Manejo del Dolor	X			Aporte Nutricional	X		
Riesgo de Caída	X			Movilización	X		
Administración de farmacos	X			Comunicación Efectiva	X		
Educación Intestinal-vesical	X			Identificación Permanente	X		
Educación del Paciente / Filar	X			Salidas Transitorias	X		

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valoración según la escala de Armet (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM <input checked="" type="checkbox"/>	TT	TN
Incontinencias Doble puntuación	4		
Actividades Doble puntuación	0		
Movilidad Doble puntuación	0		
Nutrición	0		
Integridad Cutánea	0		
Sensibilidad Cutánea	0		
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>		

Valoración según la escala de Armet (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo.

Clasificación	Sacro	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
al clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica				TM				
				TT				
				TN				

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>				Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>				Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>				Cual ?		
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo	<input type="checkbox"/>				hs. finalización	<input type="checkbox"/>	

### Colocación de Dispositivos invasivos

	TM	TT	TN	F. Coloc.
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza hs. Finaliza hs.

Muestra enviada Si  hs. NO  Refrigerada   
 FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_  
 Prepar. Cx Hoja Preg.  Camisolita  Botas  Consent.   
 Descanso Nocturno: Buena  Regular  Mala

### Traslado de Pacientes

LUGAR   
 Hs. Salida   
 LUGAR   
 Hs. Salida

### Cambio de Tubuladuras

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros .....		

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales		
	Paciente estable, asistido en AD por familia. R. vital en dta. definitiva 9:40 hs.		
	Observaciones de Medicación: Recibe medicación indicada.		
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional                      Firma y sello Enf. Asistencial                 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                       Enfermera Profesional                      Firma y sello Enf. Medicación                 </td> </tr> </table>	 Enfermera Profesional Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional Firma y sello Enf. Medicación
 Enfermera Profesional Firma y sello Enf. Asistencial	 Enfermera Profesional Firma y sello Enf. Medicación		
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
TT	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales		
	Observaciones de Medicación:		
	Firma y sello Enf. Asistencial		
	Firma y sello Enf. Medicación		
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE		
TN	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales		
	Observaciones de Medicación:		
	Firma y sello Enf. Asistencial		
	Firma y sello Enf. Medicación		

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) [Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo]



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 28-02-22 ALERGIAS: - EDAD: 8 años

CAMA: 215

ROJO  
AMARILLO  
VERDEHC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Rfi:   
DNI: 53123159  
OS: PRIVADO

DIAGNOSTICO: TEC

25 = KGS. FIM INICIAL

Nro Pac: 749275 INT

HORARIO	11 <sup>30</sup> hs.	15 <sup>45</sup> hs.	21 <sup>40</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	100/60							
FRECUENCIA CARDIACA	106	102	105x1							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	20	19x1							
Tª Axilar / Central	35.8	36.1	36.5							
Sa O2%	99%	99%	98.1							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	11 hs.	12 hs.	15 <sup>45</sup> hs.	20 hs.	22 hs.	24 hs.	02 hs.	04 <sup>30</sup> hs.	06 hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL	YOHUAI			POSTAL						
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)			250	-/250	250/500	250/750	-/750	250/1000	250/1250	-/1250
EXPANSIÓN ENTERAL	400	-/100	-/100	100/200	-/200	-/200	-/200	-/200	-/200	-/200
INGRESOS TOTALES	400	100	350	450	700	950	950	1200	1450	1450
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	200	100/300	-/350	230/580	200/780	210/990	750/1140	-/1140	210/1350	-/1350
Galerismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Saks <sup>1</sup> / Binda <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	200	300	350	580	780	990	1140	1140	1350	1350
BALANCE	100	200	-	130	80	-40	-190	60	100	+100

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera /Catalefo /Silla	B	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular	X	X	-
Higiene Perineal	-	-	-
Pervinox	-	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C4 - C6 - C8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin./ Suposit.	-	-	-
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	-	-	93
5) Almohadón Roto	X	X	-
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMII D - I	-	-	-
Elevacion MMSS D - I	-	-	-
Elevacion MMII D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	(Si-No)	(Si-No)	(Si-No)
Peso Actual Kgrs			

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	T.NOCH
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	-
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rescate Analgesia Si - No	No	No	-

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberón  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA:  
 Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

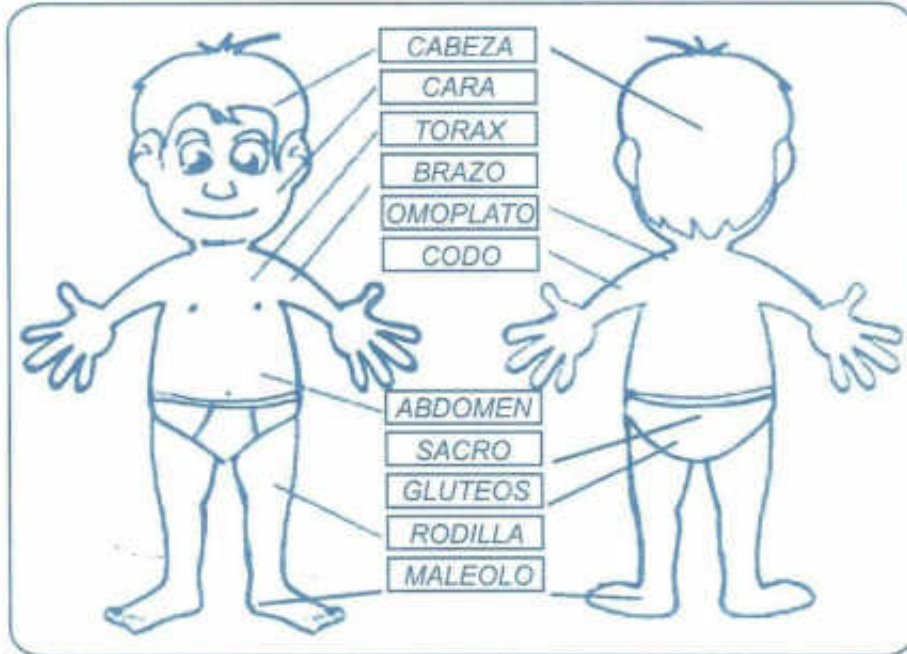
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de Ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	-	X
Manejo del Dolor	-	-	/
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	/
Educación del Paciente / Filar	+ /	+ /	X
Evaluar nivel de consciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	-	-	-
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	/

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM 0	TT 0	TN 0
Estado Mental			
Incontinencias			
Doble puntuación	4	4	4
Actividades			
Doble puntuación	4	4	4
Movilidad			
Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la oponentosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	OBSERVACIONES				
sf clorhex/plasult según ind. med.				TM				
eval. plastica				TT				
				TN				

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>			Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>		
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>		
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>			Cual ?			
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo				hs. finalización			

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs. Muestra enviada SI <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/> FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>	<b>Traslado de Pacientes</b> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/>	<b>Cambio de Tubuladuras</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Fecha</th> <th style="text-align: center;">F. coloc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expansión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Fecha	F. coloc.	PHP			Expansión			Alimentación			Otros		
	Fecha	F. coloc.															
PHP																	
Expansión																	
Alimentación																	
Otros																	
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____ Prepar. Cx Hoja Prec <input type="checkbox"/> Camisolín <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent <input type="checkbox"/> Descanso Nocturno: Buend <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>																	

Referencia: [Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X] (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar [-]) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	pte estable, al comienzo del turno dormido; se adue exp de jugo de uva. OPK existe a sus terapias programadas en tray F. 11H se realiza baño en ducha; curado de la piel; se topica crema oxipital con deshid; CSU parámetros estables; 12H se adue AC D(+). recibe med 1a SNG SIM en tray F.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación

TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Observaciones Asistenciales pte estable al comienzo del turno desahogado; 15H se adue exp de H <sub>2</sub> O, CSU parámetros estables; luego de ahogado por la sustitución regresan 20H se adue AC, pte curado, oxipital suave. Observaciones de Medicación: p/au desahoga.
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación

TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Observaciones Asistenciales Paciente en compañía de su mamá. CSU denno de parámetros estables. Preputo sny. Observaciones de Medicación: recibiendo AC a gavage. Diuresis ++ en pañal. Mantiene buen diuresis nocturno.
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación

Paciente medicada según indicación médica



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

# Hoja N°2

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 01-03-22

ALERGIAS -

EDAD 8 años

CAMA 215

DIAGNOSTICO TEC

25

KGS.

FIM INICIAL

<input checked="" type="checkbox"/>	ROJO
<input type="checkbox"/>	AMARILLO
<input type="checkbox"/>	VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

HORARIO	06	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL												
FRECUENCIA CARDIACA												
FRECUENCIA RESPIRATORIA												
Tª Axilar / Central												
Sa O2%												
GLASGOW (escala pediátrica)												
INGRESOS / HORARIOS	06	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PHP												
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV												
LIQUIDOS ORAL												
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	300/1400											
EXPANSIÓN ENTERAL	- 1200											
INGRESOS TOTALES	1600											
EGRESOS												
DIURESIS Espontaneas	- 11250											
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>												
CATARSIS Solida <sup>1</sup> / Blasta <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>												
SNG / EMESIS												
DRENAJES												
DENSIDAD URINARIA												
EGRESOS TOTALES	1250											
BALANCE	350											

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha			
Reposera /Catafalco /Silla			
Higiene y Confort			
Higiene Bucal			
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Pervinox			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin./ Suposit.			
Prevenc. úlcera			
1) Colchón aire			
3) Silicona Spray			
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)			
5) Almohadón Rojo			
Valvas MMSS D - I			
Valvas MMII D - I			
Elevación MMSS D - I			
Elevación MMII D - I			
Pulsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgrs	23.600		

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS												
Dolor (0-10)												
Administ. Analgesia Si - No												
* Respuesta Pos-analgesia												
Rescate Analgesia Si - No												

\* Referencia: con escala de dolor

<b>INGESTA</b>	Liquidos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Esperantes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Biberon	<input type="checkbox"/>	SND <input type="checkbox"/>	Gastrost.	<input type="checkbox"/>	Yeyunost. <input type="checkbox"/>

**ACOMPANANTES** SI NO

Papá  Mamá  Otros

**SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA**

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**

Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO

Marcha SI  No  Equilibrio SI  No  Coordinación SI  No  Movilidad SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales			
Control de ingreso hídrico			
Control de Eliminación			
Control de piel / herida			
Asegurar un buen descanso			
Manejo del Dolor			
Riesgo de Caída			
Administración de farmacos			
Educación Intestinal-vesical			
Educación del Paciente / Filar			
Evaluar nivel de conciencia			
Asegurar una adecuada respiración			
Higiene diaria			
Aislamiento infectológico			
Control de Ansiedad			
Aporte Nutricional			
Movilización			
Comunicación Efectiva			
Identificación Permanente			
Salidas Transitorias			

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda / Cuando no aplica tache el casillero





HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACION PEDIATRIA - CR ESCOBAR

FECHA: 01-03-22 ALERGIAS: CAMA: 215

RIESGO DE CAIDA: ROJO AMARILLO VERDE

HC: 749275 RIOS JUAREZ, LUANA ONI: 53123159 OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275 INT

#Haja N=1

FIM INICIAL

25 KGS.

Main patient chart table with columns for time (hs), vital signs, and nursing interventions.

PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Nursing care plan table with columns for TM, TT, TN and various care objectives.

EVALUACION DEL DOLOR

Pain evaluation table with columns for TX, TT, TN and pain assessment metrics.

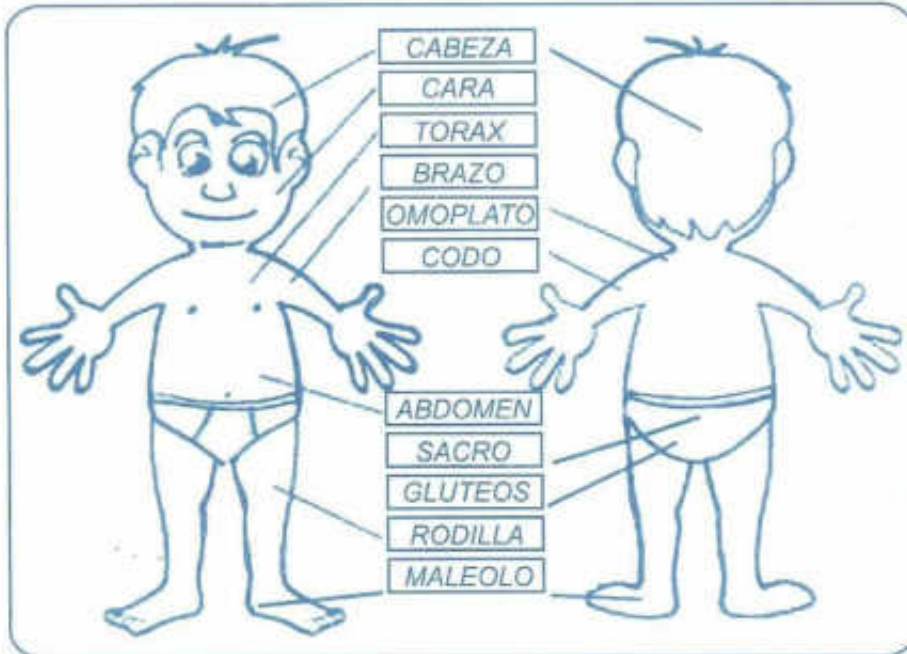
ACOMPANANTES and EVALUACION NEUROLOGICA RAPIDA form sections.

Orientation, Marcha, Equilibrio, Coordinación, Movilidad assessment form.

Referencia: marcar con una X lo que corresponde. Cuando no aplica tachar el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM <sub>0</sub>	TT <sub>0</sub>	TN <sub>0</sub>
Incontinencias <i>Doble puntuación</i>	6	6	4
Actividades <i>Doble puntuación</i>	4	4	4
Movilidad <i>Doble puntuación</i>	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>14</b>

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I: Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II: Llega hasta el plano de la oponentosis muscular
- Grado III: Compromete el plano muscular
- Grado IV: Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra		Trocante		Talón		Codos		Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
	TM	TT	TT	TT	TT	TT	TT	TT	TT	TT	TT	
Curaciones												
sf clorhex/piasulf según ind. med.												
eval. plastica												

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>					Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>				
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>					Otros	<input type="checkbox"/>				
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>					Cual?					
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>										
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo	<input type="checkbox"/>					hs. finalización	<input type="checkbox"/>				

Colocación de Dispositivos invasivos				
	TM	TT	TN	F. Coloc.
Vía periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vía Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs.	
Muestra enviada SI <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/>	
FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>	
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____	
Prepar. Cx Hoja Preg <input type="checkbox"/> Camisolin <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/>	
Descanso Nocturno: Buend <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/>	

<b>Traslado de Pacientes</b>	
LUGAR	<input type="checkbox"/>
Hs. Salida	<input type="checkbox"/>
LUGAR	<input type="checkbox"/>
Hs. Salida	<input type="checkbox"/>

<b>Cambio de Tubuladuras</b>		
	Fecha	F. coloc.
PHP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expansión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales
	pto estable, 08 HS se edem exp de H <sub>2</sub> O; renal renal; OP HS desay una; 10 HS CSU parámetros normales; se coloca sonda; resultados (+), se realiza baño en duelo; 12 HS se edem AE.
	Observaciones de Medicación:
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Asistencial                 </div> <div style="text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Medicación                 </div> </div>
TT	Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE
	Observaciones Asistenciales
	pte estable al comienzo del turno deambulaba por la institución junto a su mamá, regreso 10 HS se edem exp de H <sub>2</sub> O CSU parámetros normales; 20 HS desayunando
	Observaciones de Medicación:
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Asistencial                 </div> <div style="text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Medicación                 </div> </div>
TN	Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE
	Observaciones Asistenciales
	Paciente con parámetros vitales estables y evolución disminuyendo desde el inicio de la guardia si se reeducación a la paciente. recibe a le por sng administrado por quique con buena tolerancia gástrica.
	Observaciones de Medicación:
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Asistencial                 </div> <div style="text-align: center;">                       Firma y sello Enf. Medicación                 </div> </div>
	Medicada en tiempo y forma según ind. médica.

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 02-03-22 ALERGIAS - EDAD 8 años  
 CAMA 215  
 DIAGNOSTICO TBC

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013 DNI: 53123159  
 Epi: 36358 OS: PRIVADO  
 Afi:  
 Nro Pac: 749275 INT

25 00 KGS. FIM INICIAL

HORARIO	9 hs.	16:50 hs.	21 <sup>40</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	100/60	-							
FRECUENCIA CARDIACA	104 x'	92'	80 x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 x'	18'	20 x'							
Tª Axilar / Central	35.9°C	36°C	36.7°C							
Sa O2%	99%	98%	97%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	hs.	13 hs.	16:50 hs.	18:00 hs.	19:30 hs.	21 <sup>40</sup> hs.	24 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.
PHP							ALE ATRASADA			
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV							FCO: 2	FCO: 3	FCO: 4	
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)		250	-1250	-1250	300/550	-1550	300/850	250/1100	-1100	
EXPANSIÓN ENTERAL	100	100	100/200	-1200	-1200	-1200	-1200	-1200	-200	
INGRESOS TOTALES	100	350	450	450	750	750	1050	1300	1300	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	400	200	290/1890	90/980	-1980	270/1250	-1250	-1250	-1250	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Solita <sup>1</sup> / Bando <sup>2</sup> / Diemica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	400	600	890	980	980	1250	1250	1250	1250	
BALANCE	⊖300	⊖250	-440	-580	-230	-500	-200	50	50	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera /Catafalco /Silla	R	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular		-	-
Higiene Perineal		-	-
Pervinox		-	-
J. Neutro		-	-
Control balón traqueostomía		-	-
Cambio de traqueostomía		-	-
Cateterismo Vesical		-	-
C/4 - C/6 - C/8		-	-
Control Ecograf. Urinario		-	-
Estimulac. Intestinal / Suposil.		-	-
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	X	X	X
5) Almohadón Rojo		-	-
Valvas MMSS D - I		-	-
Valvas MMII D - I		-	-
Elevación MMSS D - I		-	-
Elevación MMII D - I		-	-
Pulsera de Identificación	SI-No	SI-No	SI-No
Peso Actual Kgrs	24	600	0.003

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0/10	0
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO	0
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rascote Analgesia Si - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

INGESTA	Líquidos	NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Espejanles	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Biberon	<input type="checkbox"/>	SNG <input checked="" type="checkbox"/>	Gastroaf.	<input type="checkbox"/>	Yeyunost <input type="checkbox"/>

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**

Orientación Temporo-Espacial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Obedece Ordenes	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Marcha	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Severa	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Moderada <input checked="" type="checkbox"/>	Discapacidad Leve <input type="checkbox"/>
Equilibrio	SI <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>				
Coordinación	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
Movilidad	SI <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				

ACOMPANANTES (SI) NO  
 Papá  Mamá  Otros   
 SUJECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

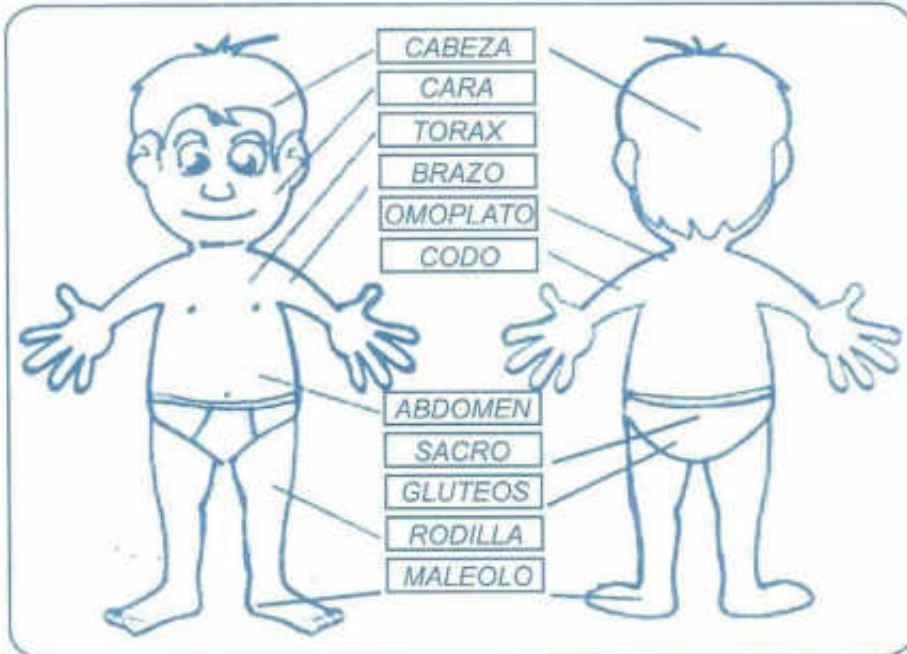
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponde. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amal (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

Estado Mental	TM 0	TT 0	TN 0
Incontinencias <i>Doble puntuación</i>	4	4	4
Actividades <i>Doble puntuación</i>	4	4	4
Movilidad <i>Doble puntuación</i>	2	2	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>12</b>

Valorización según la escala de Amal (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la oponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
sf ciorhex/plasuit según ind. med.				TM				
eval. plástica				TT				
				TN				

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Colocación de Dispositivos invasivos</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Via periférica</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonda Gastrica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonda Vesical</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Via Central</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via periférica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual ?	_____																																			
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

Polisomnografía  hs. comienzo \_\_\_\_\_ hs. finalización \_\_\_\_\_

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno SI  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolia  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buend  Regular  Malo

**Traslado de Pacientes**

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

Hs. Salida \_\_\_\_\_

**Cambio de Tubuladuras**

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros .....		

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	Observaciones de Medicación:	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
	Pte estable, a condicionada. Debejuna un yogurt y.o y se administran jugos de compote por sn's concuerne a sus tiempos programados.	Recibe medicación indicada.	<i>[Firma]</i> Profesional M.P. 15712	<i>[Firma]</i> M.P. 15712
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales	Observaciones de Medicación:		
	Paciente en compañía de su madre Realizo con los mismos datos de los parámetros normales. Asiste a sus terapias programadas. Se le asiste en sus necesidades básicas previniendo caídas, se le asiste a uceda de guardia.	Se realiza en tiempo y forma según indicación médica via sonda nasointestinal	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales	Observaciones de Medicación:		
	Paciente durmiera, al comenzar la guardia, con datos de parámetros estables. Presente sin permeable recibiendo ALE a gaseosa. (alimento amonizado). Mantiene buen descanso nocturno.	Paciente medicado según indicación médica	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar [-]) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 03/03/22 ALERGIAS: EDAD: 8

CAMA: 215

25 KGS.

FIM INICIAL

 ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

 HC: 749275  
 FNac: 22/07/2013  
 Epi: 36358  
 Afi:

 DNI: 53123159  
 OS: PRIVADO

Nro Pac: 749275

INT

HORARIO	8:30 hs.	16:00 hs.	21:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	100/60	100/60							
FRECUENCIA CARDIACA	109 x1	104 x1	90 x1							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 x1	19 x1	19 x1							
Tª Axilar / Central	37°C	36.9°C	36.2°C							
Sa O2%	99%	99%	99%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	hs.	12:30 hs.	18:00 hs.	20:00 hs.	21:30 hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	300	300	300	100/400	200/600	1600	300/900	250/1150		
EXPANSIÓN ENTERAL		100	80/180	-180	-180	-180	20/200	-120		
INGRESOS TOTALES	300	400	480	580	780	780	1100	1350		
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	#(Sin cuant)	100	400/500	-1500	200/700	-1700	200/900	200/1100		
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Solos <sup>1</sup> / Bland <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>	+ (2)									
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES			500	500	700	700	900	1100		
BALANCE			-20	80	80	80	200	250		

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	/
Reposera / Catafalco / Silla	R	-	/
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	/
Lavado y Protección ocular		-	/
Higiene Perineal		-	/
Pervinox		-	/
J. Neutro		-	/
Control balón traqueostomía		-	/
Cambio de traqueostomía		-	/
Cateterismo Vesical		-	/
C/4 - C/6 - C/8		-	/
Control Ecograf. Urinario		-	/
Estimulac. Intestin / Suposit.		-	/
Preven. úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	X	X	X
5) Almohadón Roto		-	/
Valvas MMSS D - I		-	/
Valvas MMII D - I		-	/
Elevación MMSS D - I		-	/
Elevación MMII D - I		-	/
Pulsara de Identificación	Si/No	Si/No	Si/No
Peso Actual Kgrs	2400	243	

Referencia: marcar con una X o Inicial en el casillero cuando corresponda.

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0/10	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	No
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rascate Analgesia Si - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

**INGESTA** Líquidos: NO  SI  Espesantes: SI  NO   
 Biberon  SNG  Gastroal.  Jejunos.

**ACOMPANANTES** SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA**  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO

Marcha: SI  No   
 Equilibrio: SI  No   
 Coordinación: SI  No   
 Movilidad: SI  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

SUJECIÓN MECANICA AUTORIZADA

Referencia: (Los casilleros completarios cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

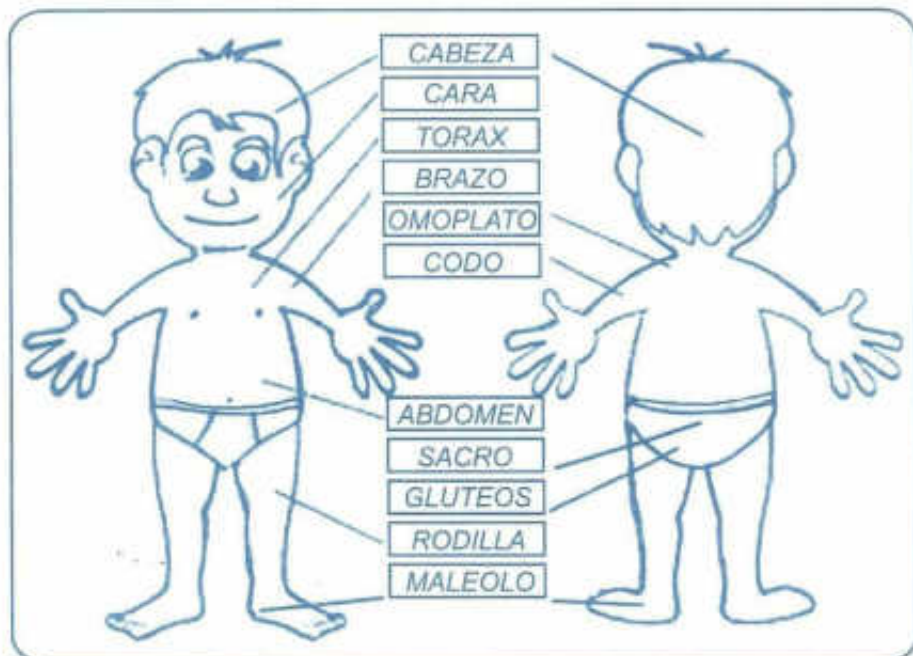
### PLANIFICACIÓN GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	-	X
Manejo del Dolor	-	-	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	-	-	X
Educación del Paciente / Filar	-	-	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infectológico	-	-	X
Control de Ansiedad	-	-	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

### LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM 0	TT 0	TN 0
Estado Mental			
Incontinencias Doble puntuación	6	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	2	2	2
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Valorización según la escala de Amell (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano periósteo y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN					
sf clorhex/plasult según ind. med. eval. plastica				TM				
				TT				
				TN				

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	Pand.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>			Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>		
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>		
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>			Cual ?			
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>						
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo							hs. finalización

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno Si  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Prec.  Camisolín  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buend  Regular  Malo

**Traslado de Pacientes**

LUGAR

Hs. Salida

LUGAR

Hs. Salida

**Cambio de Tubuladuras**

	Fecha	F. coloc.
PHP		
Expansión		
Alimentación		
Otros .....		

### EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales
	De estable, condiciones. Recibe AE Fco III al comienzo de turno. Trabaja. concuerda sus tiempos programados en tiempos y forma.
	Observaciones de Medicación: Recibe medicación indicada.
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales: Paciente en compañía de su madre, parámetros vitales estables. Presenta emesis abundante, se da aviso a médico de guardia. Es evaluado por el médico.
	Observaciones de Medicación: Se medica en tiempo y forma según indicaciones recibidas por su médico.
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales: Paciente con parámetros vitales estables. Se encuentra acompañada por su madre. Se acondiciona a la paciente para su dexauro, recibe ale por su administración por gavage. Que se administra diazepam correspondiente a los colos que el pte presenta bradicardia.
	Medicada en tiempo y forma según rec. Médicas.
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Firma y sello Enf. Asistencial</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>[Firma]</i></p> <p>Firma y sello Enf. Medicación</p> </div> </div>

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 04-03-22.

ALERGIAS: -

EDAD: 8 años

CAMA: 215

DIAGNOSTICO: Fec.

25.2 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
AMARILLO  
VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

Nro Pac: 749275

DNI: 53123159  
OS: PRIVADO

INT

HORARIO	9:30 hs.	12:30 hs.	22 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90/60							
FRECUENCIA CARDIACA	102 x'	97'	98 x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20 x'	18'	20 x'							
Tª Axilar / Central	36°C	36°C	35°C							
Sa O2%	99%	98%	96%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	8 hs.	13 hs.	16:00 hs.	18:00 hs.	20:45 hs.	22 hs.	24 hs.	02 hs.	06 hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV							FLO: III	F6: 4		
LIQUIDOS ORAL										
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)				250	-1250	-1250	250/500	250/750	250/1000	
EXPANSIÓN ENTERAL	250	250	250/500	-1500	-1500	-1500	-1500	-500	-500	
INGRESOS TOTALES	250	250	500	250	250	750	1000	1250	1500	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	350	# (en baño)	210/450	-1560	240/800	-1800	120/920	-1920	110/1030	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Sonda <sup>1</sup> / Blanda <sup>2</sup> / Diamica <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	350	-	560	560	800	800	920	920	1030	
BALANCE	⊖100	-	-60	190	-50	-50	90	330	470	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	D	-	-
Reposera / Catafalco / Silla	R	-	-
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular	-	-	-
Higiene Perineal	-	-	-
Povidon	-	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C/4 - C/6 - C/8	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestín / Suposit.	-	-	-
Preven. Úlcera	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Sílicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3,....)	X	X	03
5) Almohadón Rollo	-	-	-
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMII D - I	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-
Elevación MMII D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	Si/No	Si/No	Si/No
Peso Actual Kgrs	24.400	01/03	

Referencia: marcar con una X o inicial en el casillero cuando corresponda.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	T.T	T.NOCH
Dolor (0-10)	0	0/10	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	1
* Respuesta Pos-analgesia	-	-	-
Rescate Analgesia Si - No	-	-	-

\* Referencia: con escala de dolor

INGESTA	Líquidos	NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Espesantes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Bibern <input type="checkbox"/>	SNG <input checked="" type="checkbox"/>	Gastrost. <input type="checkbox"/>	Yeyunost. <input type="checkbox"/>		

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA			
Orientación Temporo-Espacial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Obedece Ordenes
	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>

Marcha	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Equilibrio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Coordinación	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Movilidad	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

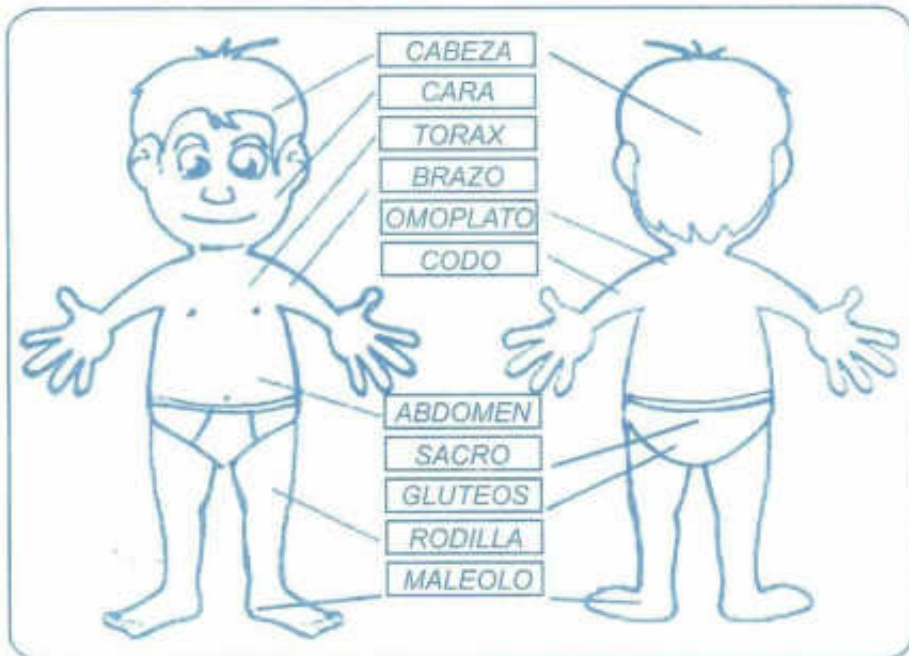
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	-	-	X
Manejo del Dolor	-	-	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de fármacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	-	-	X
Educación del Paciente / Filar	-	-	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

	TM	TT	TN
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuada respiración	-	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Aislamiento infeccioso	-	-	-
Control de Ansiedad	-	-	-
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	-	-	-

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valoración según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental			
Incontinencias	4	4	4
Doble puntuación			
Actividades	4	4	4
Doble puntuación			
Movilidad	2	3	2
Doble puntuación			
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Valoración según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano periósteo y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
si clorhex/plasulf				TM				
según ind. med.				TT				
aval. plastica				TN				

#### Solicitud de Estudios

Ecografía	hs.	<input type="checkbox"/>	Luckens	Env.	Pend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	Env.	Pend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Colocación de Dispositivos invasivos</b>				
Ecocardiograma		<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Via periférica	TM	TT	TN	F. Coloc.
ECG		<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sonda Gastrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN		<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Cual ? _____					Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RX ( )		<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								Via Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polisomnografía		<input type="checkbox"/>											Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			hs. comienzo														

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="checkbox"/> hs. Finaliza <input type="checkbox"/> hs. Muestra enviada SI <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/> FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acocho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>	<b>Traslado de Pacientes</b> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> Hs. Salida <input type="checkbox"/>	<b>Cambio de Tubuladuras</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fecha</th> <th>F. coloc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expansión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Fecha	F. coloc.	PHP			Expansión			Alimentación			Otros		
	Fecha	F. coloc.															
PHP																	
Expansión																	
Alimentación																	
Otros																	
Ayuno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo _____ Prepar. Cx Hoja Preg <input type="checkbox"/> Camisolin <input type="checkbox"/> Botas <input type="checkbox"/> Consent. <input type="checkbox"/> Descanso Nocturno: Buend <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>																	

Referencia: (Las casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	Observaciones de Medicación	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
	Este estado, condicionada, concurre a sus tareas programadas. Descansa y almorza en la habitación con buen apetito de alimentos u.o.	Recibe medicación individual.	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales: Paciente con parámetros estables en compañía de su madre. Asiste a sus terapias programadas en tiempo y forma. Se la asiste en sus necesidades.	Observaciones de Medicación: Se medica en tiempo y forma según indicación médica va saca náuseas.	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE		
	Observaciones Asistenciales: Paciente acompañado por su mamá. CSU dentro de parámetros estables. Presenta sin rechuzos.	Observaciones de Medicación: Ate a gavage. Diuresis + en punto. Muestra buen descanso nocturno.	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904
	Observaciones de Medicación: Se administra medicación según indicación médica.		<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904	<i>[Firma]</i> Enfermera Profesional No. 16904



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

Nro Pac: 749275

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

INT

FECHA: 05-03-22

ALERGIAS

EDAD

8 años

CAMA 215

25

KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

DIAGNOSTICO

TEC

HORARIO	11 hs.	18 hs.	21 <sup>20</sup> hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/60	90-60							
FRECUENCIA CARDIACA	97x	107x	92x							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20	18x	18x							
Tª Axilar / Central	36.2	36.5	36.3°C							
Sa O2%	99%	93%	99%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	12 hs.	16 hs.	19 hs.	20 hs.	21 <sup>20</sup> hs.	00 hs.	03 hs.	06 hs.	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL	Yogurt	DO ALMUERZO	30/100 Post-AE							
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)	-	-	-	250	-/250	250/500	-1500	250/750	250/1000	
EXPANSIÓN ENTERAL	250	-/250	-/250	250	250/500	-1500	-1500	-1500	-1500	
INGRESOS TOTALES	250	300	350	500	750	1000	1000	1250	1500	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	400	+++ 400	100/500	-/500	200/700	200/900	-1900	200/1100	200/1300	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Soka <sup>1</sup> / Banta <sup>2</sup> / Diamca <sup>3</sup>	-	+++ ⊕	-	-	-	-	-	-	-	
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	400	400	500	500	700	900	900	1100	1300	
BALANCE	150	100	150	-	50	100	100	150	200	

## CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS

CUIDADOS	TURNO			CUIDADOS	TURNO		
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha				Curación vía intravenosa			
Reposera /Catafalco /Silla	B			Curación lesión piel			
Higiene y Confort	X	X	X	Curación de Traqueostomía			
Higiene Bucal	X	X	X	Curación y fijación Gastro / yeyun			
Lavado y Protección ocular	X	X		Curación otros.....			
Higiene Perineal				Curación de Ostoma			
Pervinox				cambio de tubuladuras	X	X	Y
J. Neutro			Y	1) Enteral / Periférico	E	E	G
Control balón traqueostomía				Realización de ECG			
Cambio de traqueostomía				Alimentación enteral c/seringa			
Cateterismo Vesical				Colocación de medias antitrombol.			
C4 - C6 - C8				Colocación de yeso (MMS-MMI)			
Control Ecograf. Urinario				Bandas cama levantada	X	X	X
Estimulac. Intestinal /Suposil	+			Colocación de chichoneras			
Prevenc. úlcera	X	X	Y	Colocación de collar cervical			
1) Colchón aire	X	X	Y	Colocación de Pechera / Chirpa			
3) Sílicona Spray	X	X	Y	Filtro humidificador Traqueostomía			
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	X	X	Y	Monitoreo saturometría Periférica			
5) Almohadón Roho				Aspiración secreción			
Valvas MMSS D - I				Cabecera 30° a 45°	X	X	Y
Valvas MMI D - I				O2 Terapia Ltxx( )			
Elevacion MMSS D - I				Astamintos / germen			
Elevacion MMI D - I				Contacto /Respiratorio			
Pulsiera de identificación	Si-No	Si-No	Si-No	B-PAP (I-PAP /E-PAP)			
Peso Actual Kgs	24	40	02/03	Modific. Ind. Médicas			

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN							
Dolor (0-10)	0	0	0							
Administ. Analgesia Si - No	NO	NO								
* Respuesta Post-analgesia										
Rescate Analgesia - Si - No	NO	NO								

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO

Biberon  SND  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES:  SI  NO

Papá  Mamá  Otros

SUJECCIÓN MECÁNICA AUTORIZADA

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA

Orientación Temporo-Espacial: Si  NO  Obedece Ordenes: Si  NO

Marcha: Si  No  Equilibrio: Si  No  Coordinación: Si  No  Movilidad: Si  No

Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

## PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

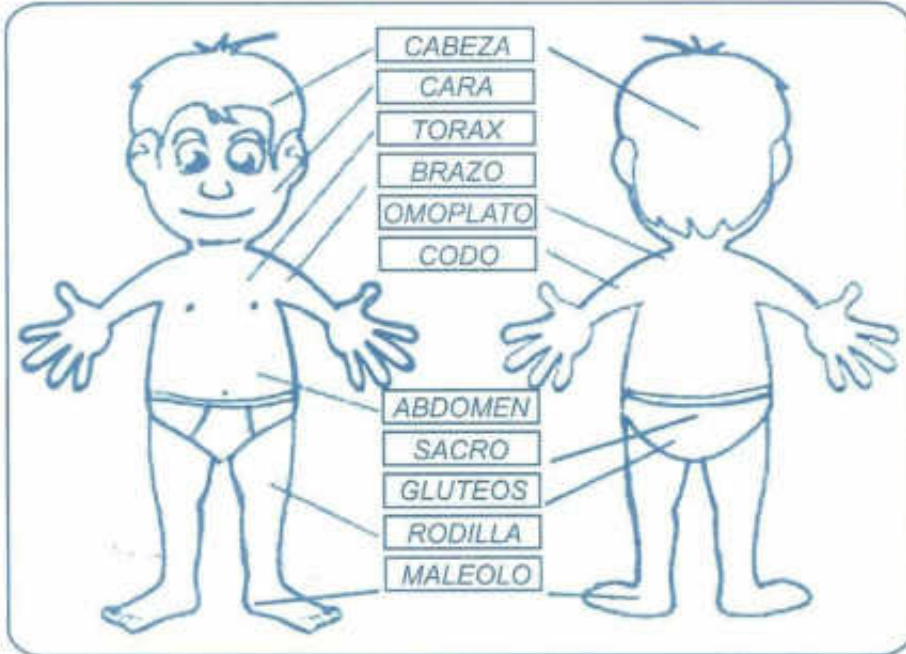
	TM	TT	TN		TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	Y	Evaluar nivel de conciencia	Y	X	Y
Control de ingreso hídrico	X	X	Y	Asegurar una adecuada respiración	Y	X	Y
Control de Eliminación	X	X	Y	Higiene diaria	X	X	Y
Control de piel / heridas	X	X	Y	Aislamiento infectológico			Y
Asegurar un buen descanso	X	X	Y	Control de Ansiedad	X	X	Y
Manejo del Dolor			Y	Aporte Nutricional	X	X	Y
Riesgo de Caída	X	X	Y	Movilización	X	X	Y
Administración de fármacos	X	X	Y	Comunicación Efectiva	X	X	Y
Educación Intestinal-vesical	+		Y	Identificación Permanente	X	X	Y
Educación del Paciente / Filar	X	X	Y	Salidas Transitorias			Y

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TMO	TT0	TNO
Estado Mental			
Incontinencias			
Doble puntuación	6	6	6
Actividades			
Doble puntuación	4	4	4
Movilidad			
Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la aponeurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN					
si clorhex/plasull según ind. med. eval. plástica				TM				
				TT				
				TN				


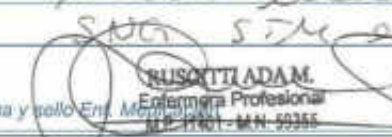




### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>				Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>			
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>				Otros	<input type="checkbox"/>			
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>				Cual ?				
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>								
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo					Colocación de Dispositivos invasivos				

<b>RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.</b> Comienza <input type="text"/> hs. Finaliza <input type="text"/> hs. Muestra enviada SI <input type="checkbox"/> hs. NO <input type="checkbox"/> Refrigerada <input type="checkbox"/> FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho <input type="checkbox"/> Cateter <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/>	<b>Traslado de Pacientes</b> LUGAR <input type="text"/> Hs. Salida <input type="text"/> LUGAR <input type="text"/> Hs. Salida <input type="text"/>	<b>Cambio de Tubuladuras</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fecha</th> <th>F. coloc.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PHP</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Expansión</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alimentación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Fecha	F. coloc.	PHP			Expansión			Alimentación			Otros		
	Fecha	F. coloc.															
PHP																	
Expansión																	
Alimentación																	
Otros																	

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

<b>TM</b>	Observaciones Asistenciales <i>pte estable, en compañía de su mamá; 08H se adm exp de jugo de naranja luego desayuno; asiste a sus tiempos preguntando en T.F. 11 se cubren ojos, 12HS catarsis (+H) se realiza baño en ducha, cuidados de la piel, se lo acondiciona y almuerzo</i>	
	Observaciones de Medicación: <i>recebe med por SIDA SIDA en T.F.</i>	
	FIRMA Y SELLO ENF. ASISTENCIAL 	FIRMA Y SELLO ENF. MEDICACIÓN 
<b>TT</b>	Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales <i>pte al comienzo del turno desayuna luego merienda; deambulando por planta baja, regreso 19H se adm SE de 18H 20H se adm exp de H<sub>2</sub>O, 21H Higiene + cambio de pañal. estado acondicionado</i>	
	Observaciones de Medicación: <i>para su descauso.</i>	
	FIRMA Y SELLO ENF. ASISTENCIAL 	FIRMA Y SELLO ENF. MEDICACIÓN 
<b>TN</b>	Firma y sello Enf. Asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales <i>Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su madre, se acondiciona a la paciente para su descauso, recibe afe por suq, administrado por gavage con buena tolerancia gástrica.</i>	
	Observaciones de Medicación: <i>Medicada en tiempo y forma según ind. médica.</i>	
	FIRMA Y SELLO ENF. ASISTENCIAL 	FIRMA Y SELLO ENF. MEDICACIÓN 



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 06-03-22

ALERGIAS

EDAD 0 años

CAMA 215

25 00 KGS.

FIM INICIAL

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275

FNac: 22/07/2013

Epi: 36358

Afi:

Nro Pac: 749275

DNI: 53123159

OS: PRIVADO

INT

DIAGNOSTICO TBC

HORARIO	11 <sup>30</sup> hs.	16 <sup>30</sup> hs.	24	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	100/60	-							
FRECUENCIA CARDIACA	92x'	84x'	92x'							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x'	20x'	20x'							
Tª Axilar / Central	36'	36 <sup>2</sup>	36'C							
Sa O2%	99%	99%	98%							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	08 hs.	12	16 <sup>30</sup> hs.	18 <sup>00</sup> hs.	21 <sup>30</sup> hs.	24	03	04	06	hs.
PHP										
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV										
LIQUIDOS ORAL	MORUAT	50	50	250-300	-/300	+300	-/300	-/300	-/300	
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)										
EXPANSIÓN ENTERAL	250	-/250	250-500	-/500	250/750	-/750	-/750	250/1000	250/1250	
INGRESOS TOTALES	250	300	550	800	1060	1050	1050	1300	1550	
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	230	-/230	300-500	500-1080	-/1080	110/1200	-/1200	-/1200	-/1200	
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Solut <sup>1</sup> / Mante <sup>2</sup> / Quercia <sup>3</sup>										
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES	230	230	530	1089	1090	1200	1200	1200	1200	
BALANCE	20		20	-289	-40	-150	-150	+100	350	

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNO	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	✓	-	-
Reposera /Catafalco /Silla	B	-	-
Higiene y Confort	✓	✓	✓
Higiene Bucal	✓	✓	✓
Lavado y Protección ocular	✓	-	-
Higiene Perineal	-	-	-
Peróxido	-	-	-
Clorhexid	-	-	-
J. Neutro	-	-	-
Control balón traqueostomía	-	-	-
Cambio de traqueostomía	-	-	-
Cateterismo Vesical	-	-	-
C/A - C/B - C/B	-	-	-
Control Ecograf. Urinario	-	-	-
Estimulac. Intestin. / Suposif.	-	-	-
Preven. úlcera	✓	✓	✓
1) Colchón aire	✓	✓	✓
3) Silicona Spray	✓	✓	✓
4) Cambio decúbito (1,2,3...)	✓	✓	93
5) Almohadón Rolo	✓	-	-
Valvas MMSS D - I	-	-	-
Valvas MMI D - I	-	-	-
Elevación MMSS D - I	-	-	-
Elevación MMI D - I	-	-	-
Pulsera de Identificación	Si-No	Si-No	Si-No
Peso Actual Kgrs	24	02	03

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	NO		
* Respuesta Pos-analgesia	-		
Rescate Analgesia Si - No	NO		

INGESTA: Líquidos NO  SI  Espesantes SI  NO   
 Biberón  SND  Gastrost.  Yeyunost.   
 ACOMPAÑANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

### EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA

Orientación Temporo-Espacial SI  NO  Obedece Ordenes SI  NO   
 Marcha SI  No   
 Equilibrio SI  No   
 Coordinación SI  No   
 Movilidad SI  No   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

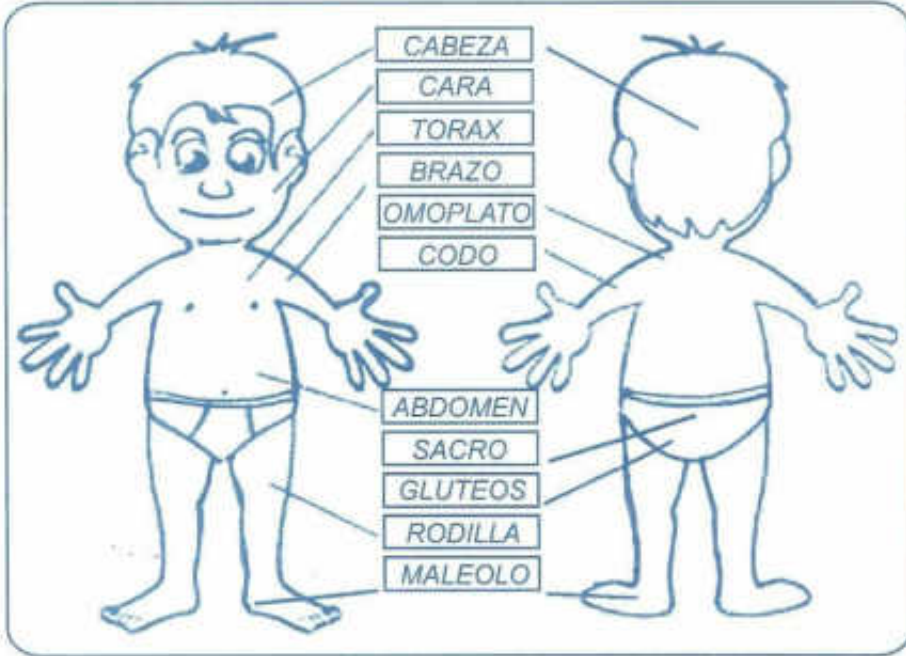
	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	✓	✓	✓
Control de ingreso hídrico	✓	✓	✓
Control de Eliminación	✓	✓	✓
Control de piel / herida	✓	✓	✓
Asegurar un buen descanso	-	✓	✓
Manejo del Dolor	✓	-	-
Riesgo de Caída	✓	✓	✓
Administración de fármacos	✓	✓	✓
Educación Intestinal-vesical	✓	-	-
Educación del Paciente / Fílar	✓	✓	✓
Evaluar nivel de conciencia	✓	✓	✓
Asegurar una adecuada respiración	✓	✓	✓
Higiene diaria	✓	✓	✓
Aislamiento infectológico	-	-	-
Control de Ansiedad	✓	-	-
Aporte Nutricional	✓	✓	✓
Movilización	✓	✓	✓
Comunicación Efectiva	✓	✓	✓
Identificación Permanente	✓	✓	✓
Salidas Transitorias	-	-	-

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental	0	0	0
Incontinencias Doble puntuación	4	4	4
Actividades Doble puntuación	4	4	4
Movilidad Doble puntuación	4	4	4
Nutrición	0	0	0
Integridad Cutánea	1	1	1
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

Valorización según la escala de Amel (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la ooneurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Esternón	Maléolo	Otros
		Der/izq.	Der/izq.	Der/izq.			Der/izq.	
Curaciones	TM	TT	TN	<b>OBSERVACIONES</b>				
sf clorhex/plasull según ind. med. eval. plastica				TM				
				TT				
				TN				

### Solicitud de Estudios

	hs.	Env.	Pend.	Env.	Pend.
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Luciens	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Cual ?	_____
RX ( )	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>		
Polisomnografía	<input type="checkbox"/>	hs. comienzo	<input type="checkbox"/>	hs. finalización	<input type="checkbox"/>

RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza		hs. Finaliza	Traslado de Pacientes		Cambio de Tubuladuras	
Muestra enviada SI	<input type="checkbox"/>	hs.	NO	<input type="checkbox"/>	Refrigerada	<input type="checkbox"/>
FORMA DE RECOLECCIÓN:	Al Acecho	<input type="checkbox"/>	Cateter	<input type="checkbox"/>	Sonda	<input type="checkbox"/>
Ayuno	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Motivo			
Prepar. Cx	Hoja Preg <input type="checkbox"/>	Camisolín <input type="checkbox"/>	Botas <input type="checkbox"/>	Consent.	<input type="checkbox"/>	
Descanso Nocturno:	Buena <input checked="" type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>			
LUGAR			LUGAR			
Hs. Salida			Hs. Salida			
PHP	Fecha	F. coloc.				
Expansión						
Alimentación						
Otros .....						

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no esta completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERIA

TM	Observaciones Asistenciales
	pte neurológicamente estable, en compañía de su esposo; O2 15 diámetro, se adue exps de amp. 1010 pte desoximando, luego de cambio 15 la saturación regresa 113% CSU parámetro normal; se realiza baño en ducha; cuidados de la piel. se tópico
	Observaciones de Medicación: lesión occipital con alashel.
	recibe med por sra
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales
	Paciente estable en vitales. Fuerte epatome de H2O y AG por SNE = / hemo-blavancia - desaturar por la irritación simpática por su madre
	Observaciones de Medicación:
	Fuere medicación según indicación medica
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales
	Paciente acompañado por su mamá. CSU dentro de parámetros estables. Presunta SNG reabierta
	Observaciones de Medicación:
	ATE a gavage. Diuresis + en power. Mantiene buen diuresis nocturno. 06 hr. se le coloca supositorio de bisacodilo
	Paciente medicada según indicación medica



# HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACIÓN PEDIATRIA - CR ESCOBAR

RIESGO DE CAIDA:

RIOS JUAREZ, LUANA

FECHA: 8-3-22  
CAMA: 215

ALERGIAS

EDAD 8

ROJO  
 AMARILLO  
 VERDE

HC: 749275  
FNac: 22/07/2013  
Epi: 36358  
Afi:  
OS: PRIVADO

25.00 KGS.

FIM INICIAL

Nro Pac: 749275

INT

HORARIO	8:30 hs.	16:00 hs.	21:30 hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.
PRESIÓN ARTERIAL	90/60	90/70	90-60							
FRECUENCIA CARDIACA	75x1	84x1	87x1							
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20x1	20x1	19x1							
Tª Axilar / Central	35.9°C	36.0°C	36°C							
Sa O2%	99%ob	99%ob	99%ob							
GLASGOW (escala pediátrica)	15/15	15/15	15/15							
INGRESOS / HORARIOS	hs.	16:00 hs.	18:00 hs.	20:00 hs.	21:30 hs.	00:30 hs.	03:30 hs.	06:00 hs.	hs.	hs.
PHP			A/B	A/B						
ATB/ANALGESIA /EXPANS.EV			ATLASADO	ENTENGA						
LIQUIDOS ORAL		100	-/100	-/100	-/100	-/100	-/100	-/100		
ALIMENT. ENTERAL ( ml/hs)			250	-1250	250/500	250/750	-1750			
EXPANSIÓN ENTERAL	250	-/250	-/250	250/500	-1500	-1500	-1500	-1500		
INGRESOS TOTALES	250	350	350	850	850	1100	1350	2250		
EGRESOS										
DIURESIS Espontanea	# (sin cuant)	370	-/370	-/370	400/770	300/1070	-11070	-11070		
Cateterismo <sup>1</sup> Sonda Vesical <sup>2</sup>										
CATARSIS Seda <sup>1</sup> / Blanda <sup>2</sup> / Química <sup>3</sup>	# (2)	-	-							
SNG / EMESIS										
DRENAJES										
DENSIDAD URINARIA										
EGRESOS TOTALES		370	370	370	770	1070	1070	1070		
BALANCE		-20	-20	480	80	30	280	280		

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS			
TURNOS	TM	TT	TN
Baño Cama / Ducha	X	X	X
Reposera /Catafalco /Silla	X	X	X
Higiene y Confort	X	X	X
Higiene Bucal	X	X	X
Lavado y Protección ocular			
Higiene Perineal			
Peróxido / Clorhexid			
J. Neutro			
Control balón traqueostomía			
Cambio de traqueostomía			
Cateterismo Vesical			
C/4 - C/6 - C/8			
Control Ecograf. Urinario			
Estimulac. Intestin./ Suposit.			
Preven. úlceras	X	X	X
1) Colchón aire	X	X	X
3) Silicona Spray	X	X	X
4) Cambio decúbito (1,2,3.....)	X	X	X
5) Almohadón Rollo			
Válvula MMSS D - I			
Válvula MMII D - I			
Elevación MMSS D - I			
Elevación MMII D - I			
Pulsers de Identificación	(Si/No)	(Si/No)	(Si/No)
Peso Actual Kgrs	24.00	24.00	21.3

### EVALUACIÓN DEL DOLOR

HORARIOS	TM	TT	TN
Dolor (0-10)	0	0	0
Administ. Analgesia Si - No	No	No	No
* Respuesta Pos-analgesia			
Rescate Analgesia Si - No	No	No	No

INGESTA: Líquidos  NO  SI  Espesantes  SI  NO   
 Biberon  SNG  Gastrost.  Yeyunost.

ACOMPANANTES: SI  NO   
 Papá  Mamá  Otros

EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA  
 Orientación Temporo-Espacial: SI  NO  Obedece Ordenes: SI  NO

Marcha: SI  NO   
 Equilibrio: SI  NO   
 Coordinación: SI  NO   
 Movilidad: SI  NO   
 Discapacidad Severa  Discapacidad Moderada  Discapacidad Leve

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

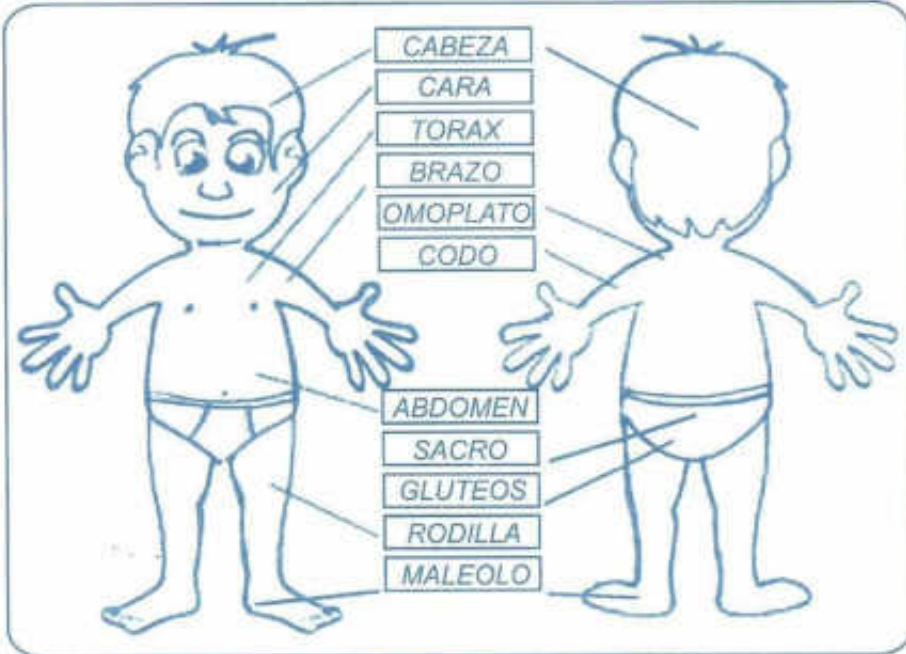
### PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

	TM	TT	TN
Control Signos Vitales	X	X	X
Control de ingreso hídrico	X	X	X
Control de Eliminación	X	X	X
Control de piel / herida	X	X	X
Asegurar un buen descanso	X	X	X
Manejo del Dolor	X	X	X
Riesgo de Caída	X	X	X
Administración de farmacos	X	X	X
Educación Intestinal-vesical	X	X	X
Educación del Paciente / Filar	X	X	X
Evaluar nivel de conciencia	X	X	X
Asegurar una adecuado respiración	X	X	X
Higiene diaria	X	X	X
Atamamiento infectológico	X	X	X
Control de Ansiedad	X	X	X
Aporte Nutricional	X	X	X
Movilización	X	X	X
Comunicación Efectiva	X	X	X
Identificación Permanente	X	X	X
Salidas Transitorias	X	X	X

Referencia: marcar con una X lo que corresponda. Cuando no aplica tache el casillero

# CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

## LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS



Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

Observaciones: \_\_\_\_\_

### VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM 0	TO	TN 0
Estado Mental			
Incontinencias	6	4	4
Doble puntuación:			
Actividades	4	4	4
Doble puntuación:			
Movilidad	2	2	2
Doble puntuación:			
Nutrición	8	8	8
Integridad Cutánea	0	0	0
Sensibilidad Cutánea	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Valorización según la escala de Amelí (+ de 12 puntos riesgo de lesión)

#### CLASIFICACIÓN

- Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal
- Grado II : Llega hasta el plano de la ooneurosis muscular
- Grado III : Compromete el plano muscular
- Grado IV : Llega al plano perióstico y óseo

Clasificación	Sacro		Trocante		Talón		Codos		Cabeza	Esternón	Maleolo	Otros
	Der/izq.		Der/izq.		Der/izq.		Der/izq.			Der/izq.		
Curaciones	TM		TT		TN							
sf clorhex/plasult							TM					
según ind. med.							TT					
eval. plástica							TN					

### Solicitud de Estudios

Ecografía	<input type="checkbox"/>	hs.	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>	Hisopado Nasal	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Pend.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>		Urocultivo	<input type="checkbox"/>					Hisopado Anal	<input type="checkbox"/>				
ECG	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo	<input type="checkbox"/>					Otros	<input type="checkbox"/>				
TAC / RMN	<input type="checkbox"/>		Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>					Cual ?					
RX ( )	<input type="checkbox"/>		Otros:	<input type="checkbox"/>										
Poli-somnografía	<input type="checkbox"/>		hs. comienzo	<input type="checkbox"/>					hs. finalización	<input type="checkbox"/>				

**RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS.** Comienza  hs. Finaliza  hs.

Muestra enviada SI  hs. NO  Refrigerada

FORMA DE RECOLECCIÓN: Al Acecho  Cateter  Sonda

Ayuno SI  No  Motivo \_\_\_\_\_

Prepar. Cx Hoja Preg  Camisolin  Botas  Consent.

Descanso Nocturno: Buend  Regular  Malo

Referencia: (Las casilleros completarlos cuando correspondan con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)

## EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales	Paciente estable, Apmoniciendose, consume a gusto los platos programados
	Observaciones de Medicación:	señala medicación indicada
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Pte estable - No Anestesia pte no está en la Hsita
	Observaciones de Medicación:	
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación
TN	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE
	Observaciones Asistenciales	Paciente con parámetros vitales estables, se encuentra acompañada por su hijo, se acudieron a la paciente para su descanso, recibe a fe por su admisión tras por quique con buena tolerancia gástrica.
	Observaciones de Medicación:	medicada en tiempo y forma según ind Médica.
	Firma y sello Enf. Asistencial	Firma y sello Enf. Medicación