



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 28 de febrero de 2018

Visto, el Expediente N°90-2019 con el Oficio N°001-2019-UDP-SNEFR/HCH y el Informe Técnico N°04-OGC-2019-HCH, del 6 de febrero de 2019; y,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Oficio N°001-2019-UDP-SNEFR/HCH, el Servicio de Nefrología Departamento de Medicina, hace de conocimiento que la Unidad de Diálisis Peritoneal viene desarrollando sus actividades en tratamientos Diálisis Peritoneal Automatizada y Continua Ambulatoria para lo cual ha elaborado formatos de uso en la unidad para poder llevar el control interno y manejo de información, solicitando su aprobación;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión del servicio de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, con el Informe Técnico N°04-OGC-2019-HCH, la Oficina de Gestión de la calidad recomienda aprobar con Resolución Directoral los formatos de uso en la Unidad de Diálisis Peritoneal, propuestos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°214-2018-MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, para la Gestión de la Historia Clínica;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016, se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, conforme a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial N°216-2007-SA/MINSA, son funciones del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;



Estando a lo solicitado mediante el Oficio N°001-2019-UDP-SNEFR/HCH, de la Unidad de Diálisis Peritoneal del Servicio de Nefrología, Departamento de Medicina, lo recomendado por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante el Informe N°131-2019-OAJ-HCH;

Con el visto del Jefe del Departamento de Medicina y las Jefaturas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;



De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- APROBAR los formatos que se detallan de la Unidad de Diálisis Peritoneal del Servicio de Nefrología Departamento de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, que se adjuntan y son parte de la presente resolución:

- Balance en Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) : Paciente Hospitalizado.
- Balance en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) : Paciente Hospitalizado.
- Atención de Paciente en Diálisis Peritoneal Consulta Ambulatoria Adicional
- Ficha de seguimiento de Paciente en Diálisis Peritoneal Hospitalizado.
- Consulta ambulatoria Mensual en Unidad de Diálisis Peritoneal
- Ficha de Evaluación Integral para el ingreso a Diálisis Peritoneal
- Ficha de Admisión de Paciente a la Unidad de Diálisis Peritoneal HCH
- Lista de Verificación para Colocación de Catéter de Diálisis Peritoneal
- Receta Única Estandarizada en Unidad de Diálisis Peritoneal



Artículo 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Diálisis Peritoneal del Servicio de Nefrología Departamento de Medicina, la distribución de los formatos y el llenado correcto de los mismos.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese

HCH MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

CERTIFICADO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Al que remito para los fines pertinentes
04 MAR. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Quispe
FEDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



PERU

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

DPTO. DE MEDICINA - SERVICIO DE NEFROLOGIA

Unidad de Diálisis Peritoneal

BALANCE EN DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA: PACIENTE HOSPITALIZADO -DPA

Fecha	Prescripción			
	Volumen total: ml	Volumen por ciclo: ml	Última infusión ml	Medicación adicional:
Hora	Tiempo total hrs	Concentraciones		
Peso		Permanencia: min		
Resultado:	Drenaje inicial: ml		Ultrafiltrado total: ml	
	Uf de 24 horas: ml		(ultrafiltrado total + drenaje inicial)	
	Comentarios:			
Responsable de la atención N° Colegio Profesional:			Sello y Firma del Responsable	

Fecha	Prescripción			
	Volumen total: ml	Volumen por ciclo: ml	Última infusión ml	Medicación adicional:
Hora	Tiempo total hrs	Concentraciones		
Peso		Permanencia: min		
Resultado:	Drenaje inicial: ml		Ultrafiltrado total: ml	
	Uf de 24 horas: ml		(ultrafiltrado total + drenaje inicial)	
	Comentarios:			
Responsable de la atención N° Colegio Profesional:			Sello y Firma del Responsable	

Fecha	Prescripción			
	Volumen total: ml	Volumen por ciclo: ml	Última infusión ml	Medicación adicional:
Hora	Tiempo total hrs	Concentraciones		
Peso		Permanencia: min		
Resultado:	Drenaje inicial: ml		Ultrafiltrado total: ml	
	Uf de 24 horas: ml		(ultrafiltrado total + drenaje inicial)	
	Comentarios:			
Responsable de la atención N° Colegio Profesional:			Sello y Firma del Responsable	

NOMBRES Y APELLIDOS:	N° H.CLINICA:
DEPARTAMENTO / SERVICIO:	N° CAMA:



DPTO. DE MEDICINA - SERVICIO DE NEFROLOGIA

BALANCE EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) : PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha:		Peso inicial:		Presión arterial:		Peso final:	
Hora	Concentración	Vol. Infundido	Hora	Vol. drenado	Observaciones	Responsable	Firma y sello

Fecha:		Peso inicial:		Presión arterial:		Peso final:	
Hora	Concentración	Vol. Infundido	Hora	Vol. drenado	Observaciones	Responsable	Firma y sello

Fecha:		Peso inicial:		Presión arterial:		Peso final:	
Hora	Concentración	Vol. Infundido	Hora	Vol. drenado	Observaciones	Responsable	Firma y sello

NOMBRES Y APELLIDOS:
DEPARTAMENTO:

SERVICIO:

No. De H.CLÍNICA
No. DE CAMA:





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Cayetano Heredia

DEPARTAMENTO DE MEDICINA - SERVICIO DE NEFROLOGÍA.
UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

ATENCIÓN DE PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL CONSULTA AMBULATORIA ADICIONAL

Nombres y Apellidos:			
Edad:		Fecha de atención:	Hora:
Tiempo en DP:		H. clínica:	
Etiología de ERCT:	DPA () DPCA ()	Función renal residual:	
Antecedentes:			
Motivo de consulta:		Peso seco:	
Tiempo de enfermedad:			
Síntomas:			
Relato Cronológico:			
Funciones biológicas: Apetito: Sed: Deposiciones: Orina: Sueño:			
Somatometría		Peso	Talla
Funciones vitales:		PA:	FC: FR: T: SatO2:
Examen general (general, nutrición, hidratación, piel, mucosas, óseo)			
Examen clínico regional:			
Exámenes auxiliares:			
Impresión diagnóstica y CIE10:	1.	(D) (P) (R)	CIE10.
	2.	(D) (P) (R)	CIE10.
	3.	(D) (P) (R)	CIE10.
	4.	(D) (P) (R)	CIE10.
	5.	(D) (P) (R)	CIE10.
Plan terapéutico:			
Mantiene () Modifica () esquema		Concentración:	Número total de recambios por día:
Modalidad: DPCA () DPA ()		Cantidad de bolsas por día:	Obturadores por día:
Proveedor: Fresenius ()		1.5 % (2 L): 2.5 % (2 L):	Set de drenaje por día:
Baxter ()		1.5 % (5 L): 2.5 % (5 L):	Set de tubuladura por día:
		2.3 % (2 L): 4.25 % (2 L):	Mascarillas por día:
		2.3 % (5 L): 4.25 % (5 L):	
Otros insumos:			
2. Indicaciones adicionales:			
3. Exámenes solicitados:			
4. Próxima cita:			
5. Firma y sello (CMP / RNE) del médico			



NOMBRE Y APELLIDOS:	N° HISTORIA CLÍNICA:
---------------------	----------------------



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Cayetano Heredia

DEPARTAMENTO DE MEDICINA - SERVICIO DE NEFROLOGÍA. UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

FICHA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL HOSPITALIZADO

Nombres y apellidos:								Edad:
Fecha de ingreso:								H. Clínica:
Fecha de atención UDP:								Hora:
Tiempo en diálisis peritoneal:								
Etiología de ERCT:								Función renal residual:
Antecedentes:								
Motivo de hospitalización:								
Signos y Síntomas:								
Funciones vitales y Somatometría:	FC:	PA:	FR:	SatO2:	T:	Peso:	Talla:	
Examen general (general, nutrición, hidratación, piel, mucosas, óseo)								
Examen Clínico regional:								
Exámenes auxiliares:								
Impresión diagnóstica y CIE10:	1.						(D) (P) (R)	CIE10.
	2.						(D) (P) (R)	CIE10.
	3.						(D) (P) (R)	CIE10.
	4.						(D) (P) (R)	CIE10.
	5.						(D) (P) (R)	CIE10.
Apreciación:								
Plan terapéutico:								
1. Programación de diálisis:								
Modalidad:	DPA ()							DPCA ()
Proveedor:	Fresenius ()							Baxter ()
Esquema de diálisis:								
2. Indicaciones adicionales:								

SELLO/FIRMA del MÉDICO
CMP: RNE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	H. CLÍNICA:
DEPARTAMENTO / SERVICIO	Nº CAMA:



Nombres y Apellidos del Paciente:		Edad:
Sexo: Femenino () Masculino ()	Fecha de atención:	Hora:
Síntomas y signos:		Tiempo de enfermedad:
Relato cronológico		

FUNCIONES BIOLÓGICAS	EXAMEN FÍSICO
Apetito	PA: FC: FR: T: SatO2: %
Sed	Estado general, de hidratación, de nutrición:
Sueño	Piel y mucosas:
Diuresis:	Edema:
Deposiciones:	Osteotendinoso:
Ánimo:	Cardiovascular:
Actividad física:	Respiratorio:
Peso:	Abdominal: OS
Talla:	Genitourinario:
ANTECEDENTES:	Neurológico:
HTA () DBM () Otros:	Otros:

Fecha de adecuación:	Vol. LD:	Vol. de orina:	UF promedio (ml):
KTV Renal		Hemoglobina (g/dL):	Leucocitos:
KTV Peritoneal		Ferritina:	
Cl Cr (L/semana)		Sat. de transferrina:	
Cr LD (mg/dL)		Hierro sérico:	
Cr orina (mg/dL)		PTH i:	
Cr sangre (mg/dL)		25-(OH) vitamina D:	
Urea LD (mg/dL)		AgsHBV:	
Urea orina (mg/dL)		Anti AgsHBV:	
Urea sangre (mg/dL)		Anti HCV:	
Na+ (mEq/L)		Albumina (g/dL):	
K+ (mEq/L)		Colesterol total:	
Cl- (mEq/L)		Triglicéridos:	
pH (mEq/L)		Glucosa:	
HCO3- (mEq/L)		Otros:	
Ca+2 i (mmol/L)			
P+2 (mg/dL)			

DIAGNOSTICOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

TIPO DE DIAGNOSTICO	CIE 10
(D) (P) (R)	

ESQUEMA DE DIALISIS

Modalidad	Proveedor	Concentraciones	Volúmenes DPCA
DPCA () DPA ()	BAXTER () FRESenius ()		
Presentación de:	2 L () 5 L () 6 L ()		
Programación de DPA	Ciclos:	Vol. por ciclo:	Permanencia: Última infusión:

NOMBRE Y APELLIDOS:	Nº HISTORIA CLÍNICA:
---------------------	----------------------



MEDICACIÓN ADICIONAL

Nombre genérico	Presentación	Vía de adm.	Dosis	Frecuencia	Tiempo de adm.

EXÁMENES SOLICITADOS (solicitados para la siguiente consulta)

Urea en sangre	Hierro sérico
Urea en orina	Saturación de transferrina
Urea en líquido biológico (peritoneal)	Ferritina
Creatinina en sangre	Paratohormona intacta
Creatinina en orina	25-OH vitamina D
Creatinina en líquido peritoneal	AgsHBV
Hemograma	Anticore HBV
Electrolitos en sangre	Anti HCV
Electrolitos en orina	Anti HIV
Glucosa en sangre	Recuento celular líquido peritoneal
Glucosa en líquido peritoneal	KOH (secreción de OS o de líquido peritoneal)
Calcio iónico en sangre	GRAM (secreción de OS o de líquido peritoneal)
Fósforo en sangre	Cultivo de secreción (gérmenes comunes)
Colesterol y triglicéridos	Cultivo de secreción (Hongos)
Proteínas totales y fraccionadas	Hemocultivo
Fosfatasa alcalina	
Otros:	

PRÓXIMA CITA:

Firma y sello del Médico

CMP: RNE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Nº HISTORIA CLÍNICA:

FICHA DE EVALUACION INTEGRAL PARA EL INGRESO A DIÁLISIS PERITONEAL

NOMBRES Y APELLIDOS		H. CLINICA:	
SEXO	Femenino () Masculino ()	EDAD:	TELEFONO:
RELIGION:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		
DIRECCION:	DNI:		
ESCOLARIDAD:	PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR () ANALFABETA ()		
ESTADO CIVIL:	TIPO Y N° SEGURO:	OCUPACION:	
NOMBRE DE FAMILIAR O APODERADO:	DOMICILIO Y/O TELEFONO DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE:		
FECHA DE EVALUACION:	HORA:		

ANTECEDENTES

Cirugia(s) abdominal(es) previa(s)
Radioterapia previa
Tuberculosis entreperitoneal
Etiologia de ERCT:
Terapia de Reemplazo Renal previa

Otros:

Hemodialisis	Inicio	Fin
D. Peritoneal	Inicio	Fin
Trasplante Renal	Inicio	Fin

Medicacion

Alergia a medicamentos () Trastorno de coagulacion ()

Serologia: AgstHBV () AntiHBV () AntiAgstHBV () Anti HCV () HIV ()

Diuresis residual: Habito defecatorio:

EXAMEN FISICO

Tension Arterial:	FC:	FR:	T°C:	SatO2:	Peso:	Talla:	IMC:
Estado general, de hidratacion, de nutricion:							
Piel y mucosas							
Cardiovascular							
Torax y pulmones							
Abdomen							
Neurologico							
Genitourinario							
Capacidad visual				Coordinacion			

Observaciones:

DIAGNOSTICO Y CIE10

DIAGNOSTICO DE INGRESO	(D) (P) (R)	CIE10.
	(D) (P) (R)	CIE10.
	(D) (P) (R)	CIE10.

El paciente evaluado es considerado APTO () NO APTO () para seguir la modalidad de DIÁLISIS PERITONEAL desde el punto de vista medico.

FIRMA Y SELLO (CMP / RNE) DEL MEDICO EVALUADOR

[Empty space for signature and stamp]

NOMBRE Y APELLIDOS:	H. CLINICA:
DEPARTAMENTO / SERVICIO	N° CAMA:



EVALUACIÓN DE ENFERMERIA	
El paciente REUNE () NO REUNE () las condiciones necesarias para iniciar y continuar la modalidad de Diálisis Peritoneal según las consideraciones de Enfermería.	
FIRMA Y SELLO (CEP) DE ENFERMERIA	

EVALUACIÓN DE SERVICIO SOCIAL	
El paciente REUNE () NO REUNE () el soporte social necesario para iniciar y continuar la terapia de DIALISIS PERITONEAL.	
SELLO Y FIRMA (N° COLEGIO PROFESIONAL) DE SERVICIO SOCIAL:	

EVALUACION DE PSICOLOGIA	
El paciente REUNE () NO REUNE () las condiciones para iniciar y continuar la terapia de DIALISIS PERITONEAL.	
FIRMA Y SELLO (N° COLEGIO PROFESIONAL) DE PSICOLOGIA	

NOMBRE Y APELLIDOS:	H. CLINICA:
DEPARTAMENTO / SERVICIO	N° CAMA:



FICHA DE ADMISIÓN DE PACIENTE A LA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL HCH

Nombres y apellidos		SEXO: Femenino () Masculino ()
N° DNI	Teléfono:	TIPO Y N° SEGURO:
Fecha de nacimiento	Edad:	Fecha de entrevista:
Dirección:	Hora:	
Escolaridad:	Primaria () Secundaria () Superior () Analfabeta ()	
ESTADO CIVIL	RELIGIÓN:	OCUPACIÓN:
NOMBRE DE FAMILIAR O APODERADO	DOMICILIO Y/O TELEFONO DEL FAMILIAR O ACOMPAÑANTE:	

ANTECEDENTES

Etiología de ERCT:			
Otras patologías:			
TRR previa:			
Ninguna			
Hemodiálisis	Inicio	Fin	
Trasplante Renal	Inicio	Fin	
D. Peritoneal	Inicio	Fin	
Complicaciones:			
Esquema de Diálisis	DPCA	FRESENIUS	Concentraciones:
	DPA	BAXTER	Volúmenes:
Medicación:			
Serología: AgsHBV (), AnticHBV (), AntiAgsHBV (), Anti HCV (), HIV ().			
Última inmunización:	RAM:		
Cambio de prolongador:	TEP:	Último TEP:	
Diuresis residual:	Hábito Defecatorio:		
Preparación para T. Renal:			

EXAMEN FÍSICO

Tensión Arterial:	FC:	FR:	T°C:	SatO2:	Peso:	Talla:	IMC:
Estado general, de hidratación, de nutrición:							
Piel y mucosas							
Torax y pulmones							
Abdomen							
Genitourinario							
Neurológico							
Capacidad visual				Coordinación:			
Observaciones							

IMPRESION DIAGNÓSTICA

1.	(D) (P) (R)	CIE10.
2.	(D) (P) (R)	CIE10.
3.	(D) (P) (R)	CIE10.
4.	(D) (P) (R)	CIE10.
5.	(D) (P) (R)	CIE10.

PLAN PROPUESTO

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

FIRMA Y SELLO (CMP / RNE) DEL MEDICO EVALUADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:	N° HISTORIA CLÍNICA:
DEPARTAMENTO / SERVICIO	N° CAMA:



DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA COLOCACIÓN DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL

NOMBRES Y APELLIDOS		SEXO: F () M ()	
EDAD:		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	
DIRECCIÓN:		DNI:	
TELÉFONO:		FECHA:	HORA:
ESCOLARIDAD:		PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR () ANALFABETA ()	
Exámenes de laboratorio			
Hemograma		Creatinina	
Hemoglobina		Urea	
Tiempo de sangría		Potasio	
Tiempo de coagulación		Glucosa	
INR		pH/ HCO3	
Otros:			
Medicamentos:		AAS () Si () No. Si es Si cuándo fue suspendido?:	
Alergia a medicamentos () Si () No. Si es Si a cuál(es):			
Serología: AgsHBV (), AnticHBV (), AntiAgsHBV (), Anti HCV (), HIV ().			
Diuresis residual		Hábito defecatorio:	
Examen físico			
Tensión Arterial:	FC:	FR:	T°C: SatO2: Peso: Talla: IMC:
Examen general (general, nutrición, hidratación, piel, mucosas, oseo)			
Examen clínico regional:			
DIAGNÓSTICO		CIE10:	
Rx Torax	SI () NO ()	Fecha de toma:	
EKG / RQ	SI () NO ()	Fecha de toma:	
Enema aplicado el día previo	SI () NO ()		
Antibiótico profilaxis	SI () NO ()	¿Cuáles?	
Fecha programada de cirugía			
Paciente ha cumplido con la preparación para la colocación del catéter de diálisis peritoneal SI () NO ()			
FIRMA Y SELLO (CMP / RNE) DEL MEDICO EVALUADOR			
NOMBRE Y APELLIDOS:		H. CLÍNICA:	
DEPARTAMENTO / SERVICIO		N° CAMA:	





PERÚ Ministerio de Salud Hospital Cayetano Heredia

DEPARTAMENTO DE MEDICINA - SERVICIO DE NEFROLOGÍA
AV. HONORIO DELGADO N° 262 URB. INGENIERIA -S.M.P
TELÉFONO : 4820408 ANEXO: 207

FECHA: / / 20 DIÁLISIS PERITONEAL RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

PACIENTE: EDAD: HISTORIA CLÍNICA:

PROCEDENCIA: LIMA () PROVINCIA () SEXO: (F) (M) SIS (SI) (NO) No. FUA:

DIAGNÓSTICOS: CIE10:

INDICACIONES DIÁLISIS PERITONEAL MODALIDAD : DPCA() DPA () SISTEMA: FRESENIUS () BAXTER ()

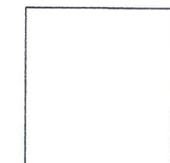
MEDICAMENTO/ INSUMO	PRESENTACION	VIA DE ADM.	FRECUENCIA	TIEMPO DE ADM.	CANTIDAD
SOLUCION DE DP 1.5%	BOLSA 2L	IP			
SOLUCION DE DP 2.3%	BOLSA 2L	IP			
SOLUCION DE DP 2.5%	BOLSA 2L	IP			
SOLUCION DE DP 4.25%	BOLSA 2L	IP			
SOLUCION DE DP 1.5%	BOLSA 5L	IP			
SOLUCION DE DP 2.3%	BOLSA 5L	IP			
SOLUCION DE DP 2.5%	BOLSA 5L	IP			
SOLUCION DE DP 4.25%	BOLSA 5L	IP			
OBTURADOR	UNIDAD	EXTERNO			
MASCARILLA	UNIDAD	EXTERNO			
SET DE DRENAJE DPA	UNIDAD	EXTERNO			
SET DE TUBULADURA DPA	UNIDAD	EXTERNO			

MEDICAMENTOS E INSUMOS ADICIONALES

MEDICAMENTOS	PRESENTACION	VIA DE ADM.	FRECUENCIA	TIEMPO DE ADM.	CANTIDAD
HIERRO SACARATO 100 mg/5 ml	Ampolla	IV			
SULFATO FERROSO 300 mg	Tableta	VO			
ERITROPOYETINA 4000UI	Ampolla	SC			
ERITROPOYETINA 2000UI	Ampolla	SC			
CALCITRIOL 0.25 mcg	Tableta	VO			
CALCITRIOL 1 mcg	Ampolla	IV			
SEVELAMER 800 mg	Tableta	VO			
CARBONATO DE CALCIO 500 mg	Tableta	VO			
ACIDO FOLICO 0.5 mg	Tableta	VO			
TIAMINA 100 mg	Tableta	VO			
VITAMINA B12	Ampolla	IV			
CAPTOPRIL 25 mg	Tableta	VO			
ENALAPRIL 10 mg	Tableta	VO			
ENALAPRIL 20 mg	Tableta	VO			
LOSARTAN 50 mg	Tableta	VO			
AMLODIPINO 5 mg	Tableta	VO			
AMLODIPINO 10 mg	Tableta	VO			
NIFEDIPINO 30 mg	Tableta	VO			
METILDOPA 250 mg	Tableta	VO			
FUROSEMIDA 40 mg	Tableta	VO			
MUPIROCINA 2%	Crema	TÓPICO			
NEPRO	Lata	VO			
HEPARINA 25000UI/ 5ml	Ampolla	IP			
POVIDONA YODADA ESPUMA	Frasco	TÓPICO			
POVIDONA YODADA SOLUCIÓN	Frasco	TÓPICO			
ESPARADRADO DE PAPEL		EXTERNO			
Gasas 10* 10 cm	Paquete de 5 unid	EXTERNO			
Jeringa 1 cc	Unidad	EXTERNO			
Jeringa 10 cc	Unidad	EXTERNO			
Jeringa 20 cc	Unidad	EXTERNO			
Jeringa 5 cc	Unidad	EXTERNO			
CLORURO DE SODIO 0.9% 100cc	Frasco	EXTERNO			
EQUIPO DE VENOCISIS	Unidad	EXTERNO			
CATETER PERIFÉRICO 22 G	Unidad	EXTERNO			

SELLO/FIRMA del MÉDICO
CMP:

FIRMA DEL PACIENTE Y/O APODERADO
DNI :



HUELLA DIGITAL DEL
PACIENTE O APODERADO

