

UCL Cardio 3piso



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE Evaristo Garcia E.S.E

NIT: 890303461

Santiago de Cali- CL 5#36-08

6206000

SANTIAGO DE CALI

Página: 1 de 1

Fecha: 2022/05/20

Hora : 23:17:48

HOJA DE INSCRIPCIÓN - INGRESO

DATOS PERSONALES

RIPS: 1658757

CONSECUTIVO: 2628377 - 1

Apellidos VERGARA HERNANDEZ		Nombre JOHANN GADIEL		Fecha de Nacimiento 1988/06/19	Edad 33 Años
Sexo Masculino	Historia CC 1094728164	Estado Civil CASADO		Hos/Amb/Cons Consulta	Cama
Servicio TRAUMA SOAT			Remitido por 7610907843 CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFI		
Ocupación del Paciente			Entidad		Teléfono
Nombre de los Padres			Nombre completo del Conyuge		
Correo Electrónico			Celular 3103976650		
Dirección Actual del Paciente CARRERA 50 CALLE 00 BARRIO LA MARINA			Teléfono 3103976650		Zona Urbana / Rural Urbana
Municipio: BUENAVENTURA			Departamento: VALLE DEL CAUCA		
En caso urgente avisar a: SD			Parentesco SD		
Dirección: SD				Teléfono: SD	
Datos Acompañante JOSE VERGARA				Teléfono 3136537685	

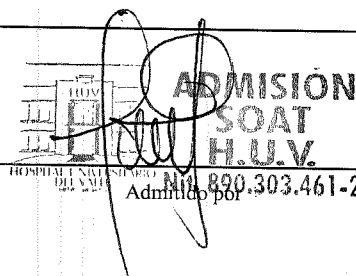
INGRESO

Empresa / Particular Empresa	Nombre del Responsable SEGUROS DEL ESTADO S.A		NIT o Cédula 860009578	Tarifa 01
Dirección del Responsable CALLE 7 N # 1N - 15 / 1N - CEN			Teléfono Responsable 6675259	Poliza Nro. 1094728164
Fecha de Ingreso 2022/05/20	Hora 22:11:00	Tipo de Servicio TODOS	Médico Tratante MARIA FERNANDA OTERO DIAZ	

EGRESO

Fecha de Egreso	Hora	Causa de Egreso Alta [] Voluntario [] Traslado [] Fuga []
Muerte Menos de 48 horas [] Más de 48 horas []		Días de Hospitalización

Firma del Paciente





CERTIFICADO DE ATENCIÓN Y ACTA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES

Este certificado se debe diligenciar debido a la imposibilidad de generar la factura en el momento del egreso del paciente, al igual de recibir de su parte la autorización de tratamiento de Datos Sensibles del paciente atendido, de acuerdo a la legislación vigente.

Nombres: Yana Gladys Apellidos: Potes Rojas

No. de Identificación: 1094884185

Actúa a:

NOMBRE PROPIO _____ REPRESENTACIÓN LEGAL _____

En caso de actuar en representación legal a nombre de quien actúa: Johan Vergara

N° de identificación del representado: 1094728164

FECHA DE INGRESO: DIA 20 MES 5 AÑO 2022

FECHA DE EGRESO: DIA 25 MES 5 AÑO 2022

CERTIFICO haber recibido los servicios que ofrece el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA E.S.E.** de cuyo registro queda constancia en mi historia clínica.

Además, de acuerdo, a la normatividad vigente respecto a la protección de Datos Personales Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013 es importante que tengas conocimiento de lo siguiente:

Usted como usuario o paciente de una Institución Prestadora de Salud (IPS) debe otorgar autorización clara, expresa y entendida al manejo de datos denominados por la legislación nacional como **DATOS SENSIBLES**, los cuales son definidos como “Aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.” Art. 5 de la ley 1581 de 2012 y art. 3 Decreto 1377 de 2013.

Por eso el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA E.S.E.** en calidad de **ENCARGADO DEL TRATAMIENTO** solicita de su autorización para el manejo, recolección, registro, procesamiento, difusión en los casos previsto y autorizados por la ley, compilación, actualización de los



CERTIFICADO DE ATENCIÓN Y ACTA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES

datos de carácter sensibles que se manejan en razón a la naturaleza de la prestación del servicio de salud. Así, mismo se le informa que el **RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** será el o la Jefe de Archivo de la sucursal en la cual se le preste la atención médica del caso.

Los **DATOS SENSIBLES** serán todos aquellos datos que resulten de valoraciones, tratamientos, procedimientos, consultas y todo lo demás relacionado con la actividad de prestación de servicios de salud. Estos Datos Sensibles es aquella información médica que conforma la **HISTORIA CLINICA** de cada paciente o usuario. La cual según definición de la Resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud que en su artículo 1 la define como "un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley." El objetivo de la recolección de estos **DATOS SENSIBLES** no es otra que poder conformar la **HISTORIA CLINICA** pieza fundamental en su prestación de servicios médicos.

Se establece por parte del **ENCARGADO DEL TRATAMIENTO** y el **RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** que el uso, manejo y conservación de estos **DATOS SENSIBLES** que hacen parte de la **HISTORIA CLINICA** está consagrado en política institucional de tratamiento de datos sensibles del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA E.S.E.**

Es menester informarle que dicha por tratarse de **DATOS SENSIBLES** no está obligado a autorizar su Tratamiento, pero sin dicha autorización es imposible para el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA E.S.E.** realizar su labor como guardador legal de la **HISTORIA CLINICA** a su nombre de acuerdo con los parámetros legales consagrados en la Resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud.

Con la firma de la presente acta de autorización de tratamiento de **DATOS SENSIBLES** usted autoriza de forma clara, expresa y explícita como **ENCARGADO DEL TRATAMIENTO** al **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE – EVARISTO GARCIA E.S.E.** de todos los datos sensibles que se generen por la prestación de servicios de salud en esta institución prestadora de salud desde este momento y a futuro.

Nota: En caso de tratarse de un menor de edad o una persona impedida debe firmar el acudiente o quien lo represente en el momento de la atención. En caso de no existir deberá plasmar la huella digital del dedo índice derecho, sin embargo, al existir imposibilidad por ejemplo amputación se deberá diligenciar la imposibilidad.

Firma del que recibió el servicio o su Representante: Ana Gladys Potes

Nº de Identificación: 1094884185



CERTIFICACIÓN DATOS DE PACIENTE SOAT

CODIGO: FOR/3101/022-16

FECHA DE EMISION: 22/07/2016

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25/05/2021

VERSIÓN: 003

FECHA:	DD	MM	AAAA	Tip de Ident	CC	No. IDENTIFICACIÓN:	1.094.728.164
NOMBRE DEL PACIENTE:		JOHANN GADIEL VERGARA HERNANDEZ					
DIRECCION:		CARRERA 50 CALLE 00 BARRIO LA MARINA				TELEFONO:	310397650

DATOS DEL EVENTO

DIRECCION DE LA OCURRENCIA:	AVENIDA CABAL POMBO CALLE 1 A LA ALTURA DEL BARRIO EL CAMBIO							
CONDICION DEL ACCIDENTADO	CONDUCTOR	X	PEATON		OCUPANTE		CICLISTA	
FECHA EVENTO:	17/05/2022		HORA:	08:10		FECHA LIMITE DE ATENCION	17/5/2024	
PLACA VEHICULO INVOLUCRADO:	UWI55E	CÍA ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO	N° POLIZA:	11444800009070			
GENCIA DE LA POLIZA:	DESDE	13/04/2022	HASTA	12/04/2023				

DESCRIPCION DEL EVENTO: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO QUE PRESENTA VOLCAMIENTO AL PERDER EL CONTROL DE LA MOTO CAUSANDOLE MULTIPLES TRAUMATISMO

DATOS DEL CONDUCTOR

Tip de Ident	CC	No. IDENTIFICACIÓN:	1.094.728.164
NOMBRE DEL CONDUCTOR:		JOHANN GADIEL VERGARA HERNANDEZ	
DIRECCION:		CARRERA 50 CALLE 00 BARRIO LA MARINA	
TELEFONO		310397650	

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA CORRESPONDE A LA REALIDAD DE LA OCURRENCIA DE LOS HECHOS, IGUALMENTE ACEPTO QUE SI POR ALGUN MOTIVO O RAZON CAMBIO MI VERSION Y/O FINALMENTE EL MEDICO TRATANTE DETERMINA QUE LAS LESIONES PRESENTADAS NO SON SECUENCIA DE UN ACCIDENTE DE TRANSITO, LA IPS PODRA REPETIR CONTRA MI EL COBRO DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS O EN CASO CONTRARIO REALIZAR EL CAMBIO DE GADADOR YA SEA EPS O SECRETARIA DE SALUD ETC

ADMISIONADOR:



NIT. 890.303.461-2

FIRMA PACIENTE:

* Johann Gadiel Vergara H.

NOMBRE:

No. Cédula:

Dirección Residencia:

Teléfono:

Firma:

ACUDIENTE

José Ramón Vergara Cubides

4525698

3136537685.

Ramon Vergara

	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo García" E.S.E. Nit 890303461 - 2	CODIGO:		FOR-AUE-CRC-001			
		VERSIÓN:		1	PAGINA	1	DE 2
	REGISTRO DE TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES		FECHA DE EMISIÓN:		DÍA	MES	AÑO
				9	12	2020	

Consentimiento Informado para Traslado de Pacientes en el Servicio de Ambulancia:
 Declaración del Médico: He informado al paciente el propósito y la naturaleza del traslado respectivo de sus riesgos posibles y los resultados que se esperan, según lo establecido por la Ley 23 de 1981, Art.15. .

Declaración del Paciente: Se me ha explicado y he entendido el propósito y la naturaleza del traslado respectivo, así como lo s posibles riesgos. Autorizo al personal médico y/o paramédico del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo García" E.S.E. para realizar el traslado y los exonero de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones derivadas de mi actual

Firma del Paciente, Familiar y/o Representante Legal: José Ramón Vergara C.C. No. 4525698

Fecha: (D/M/A)	<u>20</u> / <u>05</u> / <u>20</u>	No Placa	<u>ONL 115</u>	Historia Clínica	<u>2628377</u>
Hora de llegada a Sala	<u>19:50</u>	Eps	<u>Policia</u>	Simple:	☒ Redondo: ☐
Hora de Salida de Sala	<u>20:00</u>	No Anexo / Autorización		Urbano:	☐ Intermunicipal ☒
Hora Inicio Traslado	<u>20:10</u>	Regulado	<u>CR4C</u>	TAM	☒ TAB ☐
Hora de Entrega	<u>22:00</u>				

D del Paciente Johann Godiel Vergara Hernandez N° 1094728164

Nombre y Apellidos del Paciente: Johann Godiel Vergara Hernandez

Fecha de Nacimiento: 19 / 06 / 1988 Edad: 33 Sexo: ☒ F ☐ M

Telefono: 313 653 7685 Ciudad: Cali Direccion: melender

Motivo de Consulta Enfermedad General ☐ Trauma ☐ Accidente Laboral ☐ Accidente de Tránsito ☒	Motivo de Traslado Nivel de Complejidad ☒ Interconsulta ☐ Ayuda Diagnóstica ☐ Procedimiento ☐	Antecedentes Personales Hipertensión Arterial ☐ Diabetes ☐ Epoc ☐ Quirúrgicos ☐	Soportes Monitoria ☒ Soporte Oxígeno ☒ Bomba de Infusión ☒ Ventilador Mecánico ☒ Otros: ☐
--	---	--	--

SIGNOS VITALES

DIAGNOSTICOS CLINICOS:

DURANTE TRASLADO	Hora - Min	T/A	FC	FR	SpO2	
ENTREGA	<u>22:00</u>	<u>136/83</u>	<u>107</u>	<u>18</u>	<u>96%</u>	<u>* Polirritmismo</u>
		<u>139/90</u>	<u>106</u>	<u>19</u>	<u>97%</u>	<u>Pos reanimación cardiopulmonar</u>

CUADRO CLINICO:

Se traslada paciente de clínica Santa Sofia Buenaventura al Hux Sede Sur. Recibido y aceptado.
 paciente con Ventilación Mecánica Asistida orotraqueal sin soporte vasopresor. Con Sonda Venosa.

IPS REMITENTE: Clínica Santa Sofia

IPS RECEPTORA: Hux Sede Sur

Andrés Díaz
 MEDICO REMITENTE
Judith Esther Salcedo
 Médico General
 R.M. 2019-001234
 MEDICO AMBULANCIA

Harol Johany Cerón B.
 TAPH
 Reg 76-7052

Andrés Díaz
 MEDICO RECEPTOR
Orlando Díaz
 CONDUCTOR AMBULANCIA

APH AMBULANCIA

CONDUCTOR AMBULANCIA



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Evaristo García E.S.E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE
"EVARISTO GARCIA"
E.S.E.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO
Quirúrgicos

A. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Johann Guadalupe Vergara N° IDENTIFICACIÓN 1094728164
EDAD 33 años SEXO Masculino SERVICIO UCI C.V.

NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR _____

TIPO DE ANESTESIA (en caso de necesidad) _____

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Comprendo la naturaleza de mi enfermedad.
2. Se me ha explicado y he entendido las diferentes alternativas de tratamiento para mi condición actual.
3. Se me ha explicado y he entendido la naturaleza y propósitos del procedimiento que se me realizara, que consistirá en: (lenguaje sencillo) _____

así como los riesgos y complicaciones mas importantes del mismo, que son: _____

4. Se me ha explicado y he entendido los riesgos y complicaciones mas importantes derivadas de la no realización de dicho procedimiento.
5. Se me ha explicado y he entendido el tipo de anestesia que se me aplicará además de sus posibles riesgos.
6. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.
7. Se me han aclarado todas las dudas con respecto a mi enfermedad y al procedimiento a realizar.
8. Declaro que soy mayor de edad y me encuentro en pleno uso de mis capacidades mentales y no actuo bajo presión de ninguna índole.
9. Se me ha informado que los médicos que realizaran el procedimiento serán los doctores: Turno

y el anestesiólogo será el doctor: Turno

Autorizo al personal medico y paramédico del Hospital Universitario del Valle para realizar el procedimiento descrito arriba y todos los procedimientos complementarios que sean necesarios según mi condición clínica y los exonero de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones derivadas de mi actual estado de salud o por razón de los procedimientos realizados. También autorizo para que se administre la anestesia señalada arriba así como las medidas complementarias que sean necesarias. Autorizo para que los profesionales que participan en mi intervención dispongan de los componentes anatómicos retirados de mi cuerpo y la toma de muestras para estudios anatomopatológicos cuando estos sean pertinentes.

Deseo que se me respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escriba ninguna) Ninguna

He informado al paciente el propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

FIRMA DEL PACIENTE

DOCUMENTO N°

FIRMA DEL TESTIGO

DOCUMENTO N°

FIRMA DEL MEDICO

DOCUMENTO N°

FECHA

D. DECLARACIÓN PERSONAS EN INCAPACIDAD DE DECISIÓN O MENORES DE EDAD

El paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello Yo: _____ doy mi consentimiento para que el doctor(es) _____ y/o personal auxiliar que el (ellos) precise(n) le realicen el procedimiento

FIRMA TUTOR Y/O FAMILIARES (EN CASO DE MENOR DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR AMBOS PADRES)

DOCUMENTO N°

Parentesco

DOCUMENTO N°

Parentesco

DOCUMENTO N°

FIRMA TESTIGO

DOCUMENTO N°

HORA

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRANSFUSION

Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE Johan Gadehelverger HC 1094728164

El Dr. _____ me ha prescrito para tratamiento por mi condición médica.
CANTIDAD: _____ PRODUCTO: _____ y me ha explicado de forma
satisfactoria, qué es, cómo se realiza y para qué sirve la transfusión, los riesgos de este procedimiento,
que no hay otras posibilidades terapéuticas para los mismos fines y las consecuencias de no recibir
este tratamiento.

Entiendo que los riesgos de la transfusión incluyen complicaciones que pueden comprometer mi vida y
puedo adquirir enfermedades serias. He tenido la oportunidad de discutir con el médico y he obtenido
respuestas satisfactorias.

He comprendido todo lo anterior perfectamente por lo tanto, DOY CONSENTIMIENTO y autorizo al
médico y personas que lo asistan, para practicarle la transfusión

Firma del Paciente _____ CC _____

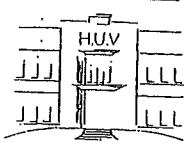
Tutor Legal o Familiar _____

Sé que el paciente _____ no puede dar su consentimiento porque:
_____ y desea libremente, ante testigos,
compartir conmigo su decisión sin menoscabo de la confidencialidad que el caso requiere: Por lo
tanto, doy mi consentimiento por el paciente.

Tutor legal o familiar (nombre y dos apellidos) _____

X Armon Vergara (Padre)
(Firma) (Relación con el paciente)

Firma y Registro del médico _____



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEL VALLE
Evaristo García E.A.E

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

N° Historia		1094728164
Vergara Hernandez Johan Gaudel		
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre
VLL-CU		2
Servicio	Sala o Cuarto	Cama
Fecha	Hora	

Yo _____ N° _____ de _____ identificado con Cédula de Ciudadanía _____ certifico que he sido informado completa y adecuadamente sobre las posibilidades diagnósticas de mi enfermedad, naturaleza y razones del tratamiento, cirugías y/o otros procedimientos iniciales y/o urgentes a que seré sometido con sus posibles beneficios, complicaciones y riesgos, lo mismo que las alternativas del tratamiento.

En consecuencia autorizo al hospital para que realice los exámenes, procedimientos, administración de droga, anestesia y cirugías necesarias que lleven a un efectivo diagnóstico y tratamiento. Doy mi consentimiento para que la información obtenida sirva para fines educativos y científicos en el área de la salud.

En caso de fallecimiento, autorizo al Hospital practicar un examen especial anatomopatológico o autopsia que permita conocer la causa del mismo.

Si la causa de hospitalización es por maternidad, hago extensiva esta autorización al hijo (s) que nazca (n) en este Hospital.

Me responsabilizo por el pago de todos los servicios prestados de acuerdo con las tarifas establecidas en el Hospital.

FIRMA O HUELLA DIGITAL _____

DEL PACIENTE ☐

PADRES ☐

FAMILIAR O ALLEGADO ☐

Indice Derec.

TESTIGO:

PARENTESCO Padre

FIRMA José Ramón Vergara

DIRECCIÓN Calle 10 # 10-26

NOMBRE José Ramón Vergara

C.C. N° 4525698 DE Buenavista Q.

CIUDAD Cartago BARRIO San Nicolás

PARA PACIENTES QUE NO ESTA EN CAPACIDAD DE DAR SU CONSENTIMIENTO

Estado Mental alterado o inconciencia ☐

Ausencia de parientes o allegados ☐

Caso de emergencia o urgencia ☐

PARENTESCO: _____

NOMBRE _____

FIRMA _____

C.C. N° _____

DE _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

BARRIO _____

REGISTRO DIARIO DE MONITORIA

Historia clinica/Identificación: 1094728164		Hoja N: 2
Nombre: Johann Gadiel vergara Hernández	Edad: 33 A.	Cubiculó: 2
	Peso: 85 kg.	Entidad: SOAT
	Sexo: M.	Fecha ingreso UCI: 20-5-22
	Alergias: No conocidas	Fecha Actual: 21-5-22
		Días UCI/UCIN: 1

Diagnosticos:

Insuf. resp aguda
 -parada cardiaca (ritmo: Asistolia) con
 reperfusión a 12 minutos

Fractura radio distal 12g.
 Pop reducción + fijación interna de fractura
 en radio distal

Plan del día intensivista:

Meta día: _____	Analgesia: _____	Antibióticos: _____	Consentimientos: _____
Alimentación: _____	Sedación: _____	Catéteres: _____	Exámenes revisados: _____
Control glicémico: _____	Profilaxis ulcera: _____	Imágenes: _____	Exámenes pedidos: _____
Ventilación: _____	Profilaxis TVP: _____	Administrativo: _____	Adecuación TTO: _____

PAQUETE PREVENCIÓN NEUMONIA-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Ventilador		
Cabecera a 30-45		
RASS -1+1		
Higiene oral (clorhexedina)		
Tubo fijado		
Sonda naso/orogastrica		
Presión neumotaponador 20 cm H2O		
Gastroprotección		
Circuitos limpios		
Tromboprofilaxis		

PAQUETE PREVENCIÓN INFECCIÓN SONDA VESICAL-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere sonda vesical		
Sistema de drenaje cerrado estéril		
Bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga, no toca el suelo		
Bolsa recolectora con menos del 75 % de su capacidad		
Sonda permanente/intermitente		

PAQUETE PREVENCIÓN INFECCIÓN POR CATETER-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Cateter venoso central ?		
Sitio Inserción con signos: eritema, dolor, induración, secreción ?		
Fecha última curación		
Tipo de apósito, gasa-transparente		
Sitio inserción: SUB - YUG -FEM		
Numero de puertos		

MONITOREO HEMODINAMICO														MONITOREO NEUROLOGICO					
Hora	T°	PAS	PAM	PVC	PCP	GC	IC	IRVS	ITVI	PIA	AO	RV	RM	GLGW	PD	PIC	RAS		
	FC	PAD					IS	IRVP	ITVD						PI	PPC			
8	36.9	112	74																
	97	55														4 NR			
9	37.6	114	74														-5		
	96	55														4 NR			
10	37.5	124	81														-5		
	95	60														4 NR			
11	37.8	126	81								1	1	1	3/15					
	100	59														4 NR			
12	38.3	121	79																
	102	58														4 NR			
13	38.4	122	80								1	1	1	3/15					
	110	60														4 NR			
14	38.5	130	84																
	116	61														4 NR			
15	37.9	128	84								1	1	1	3/15					
	101	62														4 NR			
16	37.5	128	85																
	98	64														4 NR			
17	37.2	129	85								1	1	1	3/15					
	93	63														4 NR			
18	35.8	130	96																
	92	69														4 NR			
19	35.9	124	82								1	1	1	3/15					
	85	62														4 NR			
20	36	143	93								1	1	1	3/15					
	87	69														4 NR			
21	36.4	133	88								1	1	1	3/15					
	82	66														4 NR			
22	36.2	143	94								1	1	1	3/15					
	84	70														4 NR			
23	36	136	88								1	1	1	3/15					
	80	64														4 NR			
24	36.8	136	74								1	1	1	3/15					
	94	49														4 NR			
1	36	132	82								1	1	1	3/15					
	78	58														4 NR			
2	36	130	82								1	1	1	3/15					
	77	58														4 NR			
3	36.2	134	84								1	1	1	3/15					
	77	60														4 NR			
4	36.2	136	86								1	1	1	3/15					
	70	62														4 NR			
5	36	160	94								1	1	1	3/15					
	78	61														4 NR			
6	36.2	140	86								1	1	1	3/15					
	78	60														4 NR			
7	36	129									1	1	1	3/15					
	81	58													4 NR				

TAC

MONITOREO HEMODINAMICO

MONITOREO NEUROLOGICO

MONITOREO HEMODINAMICO															MONITOREO NEUROLÓGICO				
Hora	T°	PAS	PAM	PVC	PCP	GC	IC	IRVS	ITVI	PIA	AO	RV	RM	GLGW	PD	PIC	RASS		
	FC	PAD					IS	IRVP	ITVD						PI	PPC			
8	36.9	112	74																
	97	55														4 NR			
9	37.6	114	74														-5		
	96	55														4 NR			
10	37.5	124	81														-5		
	95	60														4 NR			
11	37.8	126	81								1	1	1	3/15					
	100	59														4 NR			
12	38.3	121	79																
	102	58														4 NR			
13	38.4	122	80								1	1	1	3/15					
	110	60														4 NR			
14	38.5	130	84																
	116	61														4 NR			
15	37.9	128	84								1	1	1	3/15					
	101	62														4 NR			
16	37.5	128	85																
	98	64														4 NR			
17	37.7	129	85								1	1	1	3/15					
	93	63														4 NR			
18	35.8	130	96																
	92	69														4 NR			
19	35.9	124	82								1	1	1	3/15					
	85	62														4 NR			
20	36	143	93								1	1	1	3/15					
	87	89														4 NR			
21	36.4	133	88								1	1	1	3/15					
	82	66														4 NR			
22	36.2	143	94								1	1	1	3/15					
	94	70														4 NR			
23	36	136	88								1	1	1	3/15					
	80	64														4 NR			
24	36.8	136	78								1	1	1	3/15					
	94	49														4 NR			
1	36	132	82								1	1	1	3/15					
	78	58														4 NR			
2	36	130	82								1	1	1	3/15					
	77	58														4 NR			
3	36.2	134	84								1	1	1	3/15					
	77	60														4 NR			
4	36.2	136	86								1	1	1	3/15					
	70	62														4 NR			
5	36	160	94								1	1	1	3/15					
	78	61														4 NR			
6	36.2	140	86								1	1	1	3/15					
	78	60														4 NR			
7	36	129									1	1	1	3/15					
	81	58													4 NR				

TAC

Hora	Fenbutol	Midazolam	SSN	Mebs			2	TOTAL	DIURE	Pa	SNG	DEPO	TOTAL	BALAN	Gluc
8	5	5	50					60	100	40				80	142 mg/dl
9	5	5	50					120	100	40			140	160	
10	-	-	50					100	100	40			280	250	
11	10	10	150					170	300	120			420	340	
12	10	10	200					220	400	160			560	480	
13	10	10	250					270	500	200			700	620	
14	10	10	300					320	600	240			940	720	118 mg/dl
15	10	10	350					370	700	280			1080	800	
16	10	10	400					420	800	320			1220	840	
17	10	10	450					470	900	360			1360	920	
18	10	10	500	150	100	300		1020	1000	400			1480	1000	112 mg
19	10	10	550	200	100	300		1120	1100	440			1590	1120	
20	10	10	600	250	100	300		1220	1200	480			1730	1200	
21	10	10	650	300	100	300		1320	1300	520	30		1850	1280	
22	10	10	700	350	100	300		1420	1400	560	30		2010	1360	
23	10	10	750	400	100	300		1520	1500	600	30		2170	1440	
24	10	10	800	450	100	300		1620	1600	640	30		2330	1520	
1	10	10	850	500	100	300		1720	1700	680	30		2510	1600	135
2	10	10	900	550	100	300		1820	1800	720	30		2690	1680	
3	10	10	950	600	100	300		1920	1900	760	30		2870	1760	
4	10	10	1000	650	100	300		2020	2000	800	30		3050	1840	
5	10	10	1050	700	100	300		2120	2100	840	30		3230	1920	
6	10	10	1100	750	100	300		2220	2200	880	30		3410	2000	
7	10	10	1150	800	100	300		2320	2300	920	30		3590	2080	

Balance anterior: 1380

Balance acumulado: 1250

Fecha ultima deposicion:

MONITOREO RESPIRATORIO										GASES EN ARTERIALES							
Hora	Modo	FiO2 I-E	PEEP P° Sop	FRP FRT	Vol P Vol T	Flujo Sensib	SaO2	D Esta D Dina	PIM Vol ml	Driv P° Pmta	PHa	PaO2	PaCO2 PvCO2	HCO3 EB	SaO2 SvO2	PaO2/ FiO2	ACO2
8	VC	30%	6	18	500	0,96	99%		19								
				18	497	2.0			7.3			722	85	49	18.7	95%	783
9																	
10	VC	30%	6	18	500	0,97	96%		20								
				18	499	2.0			7.2								
11																	
12	VC	30%	6	18	500	0,96	96%		21								
				18	482	2.0			7.4								
13																	
14	VC	30%	6	18	500	0,96	97%		19								
				18	494	2.0			8.9								
15																	
											+fe	Por gases arteriales					
16	VC	30%	6	20	500	0,96	96%		20								
				20	484	2.0			9.8								
17																	
18	VC	30%	6	20	500	0,96	96%		20								
				20	497	2.0			9.7								
19																	
20	VC	30%	6	20	500	0,96	96%		20								
		1:2.5		20	506	2.0			10.0								
21																	
22	VC	30%	6	20	500	0,96	97%		20								
		1:2.5		20	500	2.0			9.9								
23																	
24	VC	30%	6	20	500	0,96	96%		19								
		1:2.5		20	479	2.0			9.8								
1																	
2	VC	30%	6	20	500	0,96	96%		19								
		1:2.5		20	491	2.0			9.8								
3																	
4	VC	30%	6	20	500	0,96	97%		20								
		1:2.5		20	503	2.0			10.9								
5																	
6	VC	30%	6	20	500	0,96	97%		20								
		1:2.5		20	479				9.8								
7																	

Días VM: 3

Tubo N: 75

Fecha Traqueostomía:

Presión 7-13:

13-19:

19-7:

Neumotaponador

Peso ideal/ponderado: 72 kg

E: Existencia
FLIA: Familia
I: Devolutivo

A: Dosis administrada
RF: Recibo Farmacia
II: Suspendido

PEF: Pendiente entregar Farmacia
III: Con el paciente

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Omeprazol	E	0	0		E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 1	0			A				A		
	RF 1				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Eroxalmina	E	1	0		E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 1	1			A				A		
	RF 2				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Midolam	E	12			E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 12				A				A		
	RF 24				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Pentilo Amp	E	4			E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 2				A				A		
	RF 6				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

OBSERVACIONES:

lefe responsable AM: Daniela Jasso
lefe responsable PM: Daniela Jasso
lefe responsable Noche:

FX FARMACIA AM:
FX FARMACIA PM:
FX FARMACIA NOCHE:

Historia clinica/Identificacion : 1094728164.		Hoja N : 3.	
Nombre : Johann Gabriel Vergara Hernandez.	Edad: 33. Peso: 85 kg. Sexo: Masculino.	Cubiculo: 2.	Entidad: JOAT.
	Alergias: Nioga.	Fecha ingreso UCI: 20/05/22.	Fecha Actual: 22/05/22.
		Dias UCI/UCIN: 2.	

Diagnosticos:

IRA, parada cardiaca con reperfusión en tiempo no claro; Tractura de radio distal 129, POP de reducción abierta

Intubación interna de rx de radio distal 129 desplazado; evento isquémico post RCP, infarto extenso

Plan del día intensivista:

Lista de chequeo intensivista:

Meta día: _____	Analgesia: _____	Antibióticos: _____	Consentimientos: _____
Nutrición: _____	Sedación: _____	Catéteres: _____	Exámenes revisados: _____
Control glicémico: _____	Profilaxis ulcera: _____	Imágenes: _____	Exámenes pedidos: _____
Ventilación: _____	Profilaxis TVP: _____	Administrativo: _____	Adecuación TTO: _____

PAQUETE PREVENCION NEUMONIA-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Ventilador		
Cabecera a 30-45		
RASS -1+1		
Higiene oral (clorhexedina)		
Tubo fijado		
Sonda naso/orogastrica		
Presion neumotaponador 20 cm H2O		
Gastroproteccion		
Circuitos limpios		
Tromboprofilaxis		

PAQUETE PREVENCION INFECCION Sonda VESICAL-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere sonda vesical		
Sistem de drenaje cerrado esteril		
Bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga, no toca el suelo		
Bolsa recolectora con menos del 75 % de su capacidad		
Sonda permandente/intermitente		

PAQUETE PREVENCION INFECCION POR CATETER-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Cateter venoso central ?		
Sitio insercion con signos: eritema, dolor, induracion , secrecion ?		
Fecha ultima curacion		
Tipo de aposito, gasa-transparente		
Sitio insercion : SUB - YUG -FEM		
Numero de puertos		

Hera	1°		PAM	PVC	PCP	GC	2			PIA	AO	RV	RM	GLGW	PD PI	PIC PPC	RACS
	FC	PAS PAD					IC IS	IRVS IRVP	ITVI ITVD								
8	354	138															
	84	62	87								1	1	1	3/15	4F		✓
9	362	160													4F		
	91	69	91								1	1	1	3/15	4F		
10	363	161													4F		
	92	70	101								1	1	1	3/15	4F		
11	362	164													4F		
	87	72	97								1	1	1	3/15	4F		
12	366	168													4F		
	87	74	105								1	1	1	3/15	4F		
13	367	161													4F		
	87	74	103								1	1	1	3/15	4F		
14	365	133													4F		
	88	71	89								1	1	1	3/15	4F		
15	35	122													4F		
	90	101	108								1	1	1	3/15	4F		
16	361	150													4F		
	90	74	99								1	1	1	3/15	4F		
17	363	161													4F		
	91	78	105								1	1	1	3/15	4F		
18	363	160													4F		
	94	77	105								1	1	1	3/15	4F		
19	362	147													4F		
	90	79	101								1	1	1	3/15	4F		
20	367	167													4F		
	96	73	117								1	1	1	3/15	4F		
21	36	160													4F		
	102	68	98								1	1	1	3/15	4F		
22	36	186													4F		
	99	63	95								1	1	1	3/15	4F		
23	368	140													4F		
	95	61	87								1	1	1	3/15	4F		
24	362	134													4F		
	86	62	87								1	1	1	3/15	4F		
1	376	120													4F		
	100	51	74								1	1	1	3/15	4F		
2	376	108													4F		
	102	45	66								1	1	1	3/15	4F		
3	386	110													4F		
	104	46	64								1	1	1	3/15	4F		
4	369	96													4F		
	108	38	57								1	1	1	3/15	4F		
5	389	106													4F		
	109	40	62								1	1	1	3/15	4F		
6	380	107													4F		
	100	42	63								1	1	1	3/15	4F		
7	387	112													4F		
	100	45	62								1	1	1	3/15	4F		

OBSERVACIONES:

Hora	Amper	DE	Osmom	TOTAL	DIURE	SV	2	R-56	DEPO	TOTAL	BALAN	Gluc
8	150			150	200	40				240	90	112
9	150			300	250	40				480	180	mg
10	150		100	450	250	40				720	170	
11	150		100	600	150	40				860	160	
12	60		100	750	30	160				1080	170	
13	150	30	100	880	850	200				1330	130	
14	150	30	100	1060	150	40				1240	130	
15	95	60	100	1240	350	240				1530	190	
16	150	30	200	1340	1250	180				1570	50	
17	1200	120	200	1570	1250	320				1610	90	120
18	150	30	200	1790	1250	400				1650	230	
19	150	30	300	1980	1250	400				1690	470	
20	150	30	300	2160	1250	400				1690	470	
21	150	30	300	2340	1650	280				1930	410	
22	1950	270	300	2740	1700	320				2020	700	
23	150	30	300	2900	1450	360				2110	790	
24	2100	300	300	3080	1500	400				2250	830	
1	150	30	400	3360	1900	440				2340	1020	
2	240	40	400	3540	1950	480				2480	1100	
3	150	30	400	3720	2050	520				2590	1150	
4	280	450	500	4000	2100	560				2660	1340	
5	150	30	500	4180	2150	600				2750	600	
6	3000	480	500	4470	2200	640				2840	1630	
7	150	40	500	4660	2250	680				2930	1730	
8	150	40	600	4980	2300	720				3020	1930	
9	150	40	600	5140	2350	760				3310	1830	

Balance anterior: 1250 -
7-13hrs 1.8 cal/h

Balance acumulado: 580 (-)

Fecha ultima deposicion: 20-05-22

MONITOREO RESPIRATORIO

MONITOREO RESPIRATORIO																	
Hora	Modo	FIO2	PEEP	FRP	Vol P	Flujo	SaO2	D Esta	PIM	Driv P°	PHa	PaO2	PaCO2	HCO3	SaO2	PaO2/ FIO2	ACO2
		I-E	P° Sop	FRT	Vol T	Sensib		D Dina	Vol mi	Pmta			PvCO2	EB	SvO2		
8	VC	30% 1.25	6	20	500 496	0.86 3	96%	49	20 98	10 16	7.29	92	35	18.2 -8.6	97	306	
9											7.26	49	41	17.8 -8.5	82		A6
10	VC	30% 1.25	6	20	500 501	0.86 3	95%		21 99								
11																	
12	VC	28% 1.25	6	20	500 483	0.86 3	95%		26 97								
13																	
14	VC	28% 1.2	6	22	520 508	0.91 3	95%		21 11.1		7.26	85	42	18.9 -7.8	97%	303	
15																	
16	VC	28% 1.2	6	22	520 494	0.91 3	94%		21 11.3								
17																	
18	VC	28% 1.2	6	22	520 507	0.91 3	94%		21 11.1								
19																	
20	VC	28% 1.2	6	22	520 510	0.91 2	99		21 11.2								
21																	
22	VC	28% 1.2	6	22	520 509	1.2 2	94		20 11.2								
23																	
24	VC	28% 1.2	6	22	520 617	1.2 2	94		21 11.9								
1											7.24	92	42	18.1 -8.7	98	328	
2	VC	28% 1.2	6	22	540 530	1.2 2	95		20 12.5		7.23	70	42	18.7 -8.4	95	194	
3																	
4	VC	28% 1.2	6	22	540 529	1.2 2	94		21 11.2								
5																	
6	VC	28% 1.2	6	22	540 527	1.2 2	94		21 11.6								
7																	

Dias VM: 4

Tubo N: 7.5

Fecha Traqueostomia: _____

Presion 7-13: _____

13-19: _____

19-7: _____

Neumotaponador

Peso ideal/ponderado: 72kg

E: Existencia

FLIA: Familia

I: Devolutivo

A: Dosis administrada

RF: Recibo Farmacia

II: Suspendido

PEF: Pendiente entregar Farmacia

III: Con el paciente

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Omeprazol 40mg	E 0	0			E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 1				A				A		
	RF 1				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Enoxaparna	E 0	0			E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 0				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Mantol	E 1	1			E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 300cc				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Raposa	E 5	0			E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A 5				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
	PEF				PEF				PEF		

OBSERVACIONES:

Iefe responsable AM:

Iefe responsable PM:

Iefe responsable Noche:

FX FARMACIA AM:

FX FARMACIA PM:

FX FARMACIA NOCHE:

Historia clinica/Identificación: 1094728164		Hoja N: 1	
Nombre: Johann Gadiel Vergara Hernandez	Edad: 33 Años	Cubiculo: 02	Seguros del Estado
	Peso: 90 Kg	Entidad:	
	Sexo: Masculino	Fecha ingreso UCI: 20/05/22	
	Alergias: NO conocidas	Fecha Actual: 20/05/22	
		Dias UCI/UCIN: 0	

Diagnosticos:

Insuficiencia respiratoria Aguda
Parada cardiaca Catmto asistido
Con reperfusión a los 12 minutos

Tx de radio distal Itgüendo
Pop de reducción y fijación
interna de tx de radio distal

Plan del día intensivista:

Lista de chequeo intensivista:

Meta día: _____	Analgesia: _____	Antibioticos: _____	Consentimientos: _____
Nutricion: _____	Sedacion: _____	Cateteres: _____	Exámenes revisados: _____
Control glicemico: _____	Profilaxis ulcera: _____	Imágenes: _____	Exámenes pedidos: _____
Ventilacion: _____	Profilaxis TVP: _____	Administrativo: _____	Adecuacion TTO: _____

PAQUETE PREVENCION NEUMONIA-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Ventilador		
Cabecera a 30-45		
RASS -1+1		
Higiene oral (clorhexedina)		
Tubo fijado		
Sonda naso/orogastrica		
Presion neumotaponador 20 cm H2O		
Gastroproteccion		
Circuitos limpios		
Tromboprofilaxis		

PAQUETE PREVENCION INFECCION SONTA VESICAL-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere sonda vesical		
Sistem de drenaje cerrado esteril		
Bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga, no toca el suelo		
Bolsa recolectora con menos del 75 % de su capacidad		
Sonda permardente/intermitente		

PAQUETE PREVENCION INFECCION POR CATETER-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Cateter venoso central ?		
Sitio insercion con signos: eritema, dolor, induracion , secrecion ?		
Fecha ultima curacion		
Tipo de aposito, gasa-transparente		
Sitio insercion : SUB - YUG -FEM		
Numero de puertos		

Hora	FC	PAS	PAM	PVC	PCP	GC	IC	IRVS	IRVI	(02)		RV	RIM	GLGW	PD	PIC	RASS
		PAD					IS	IRVP	ITVD	PIA	AO				PI	PPC	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
(22)	36.6	157	110														
	103	87									+	1	1	3/15	NR4		
23	37.3	153	108														
	100	86									+	1	1	3/15	NR4		
24	37.1	155	102														
	99	84									+	1	1	3/15	NR4		
1	37.	154	105														
	100	81									+	1	1	3/15	NR4		
2	36.9	180	102														
	99	63									+	1	1	3/15	NR4		
3	37.1	166	110														
	99	83									+	1	1	3/15	NR4		
4	37.3	163	113														
	95	78									+	1	1	3/15	NR4		
5	37.3	160	109														
	95	84									+	1	1	3/15	NR4		
6	37.7	153	102														
	93	84									+	1	1	3/15	NR4		
7	36.5	140	106														
	93	80															

OBSERVACIONES:

৫৯৭৭

(-) 08TT

deposition:

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

[illegible]

Dias VM:

13-19:

Peso ideal/ponderado:

Fecha Traqueostomía: _____

Tubo N: 28

Dias VM:

[illegible]

Historia clinica/Identificacion : 1094728164		Hoja N :	
Nombre : Johann Gadiel Vergara Hernandez	Edad: 33A	Cubiculo: 2	
	Peso: 85 kg.	Entidad: Seguros del Estado	
	Sexo: M	Fecha ingreso UCI: 20-5-22	
	Alergias: (-)	Fecha Actual: 23-5-22	
		Dias UCI/UCIN: 3	

Diagnosticos:

Insuf. respiratoria aguda:

- paro cardiaco (Asistolia) con reperfusión a 12-25min
- Fractura de radio distal izquierdo

- pop reducción abierta y fijación interna (Buenavista)
- Evento isquemico post Recp. infarto simetrico bilateral
region ganglion-sul. Ambos lobulos occipitales

Plan del dia intensivista:

Lista de chequeo intensivista:

Meta dia: _____	Analgesia: _____	Antibioticos: _____	Consentimientos : _____
Nutricion: _____	Sedacion: _____	Cateteres: _____	Exámenes revisados: _____
Control glicemico: _____	Profilaxis ulcera: _____	Imágenes: _____	Exámenes pedidos: _____
Ventilacion: _____	Profilaxis TVP: _____	Administrativo: _____	Adecuación TTO: _____

PAQUETE PREVENCION NEUMONIA-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Ventilador		
Cabecera a 30-45		
RASS -1+1		
Higiene oral (clorhexedina)		
Tubo fijado		
Sonda naso/orogastrica		
Presion neumotaponador 20 cm H2O		
Gastroproteccion		
Circuitos limpios		
Tromboprofilaxis		

PAQUETE PREVENCION INFECCION SONDA VESICAL-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere sonda vesical		
Sistem de drenaje cerrado esteril		
Bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga, no toca el suelo		
Bolsa recolectora con menos del 75 % de su capacidad		
Sonda perniandente/intermitente		

PAQUETE PREVENCION INFECCION POR CATETER-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Cateter venoso central ?		
Sitio insercion con signos: eritema, dolor, induracion , secrecion ?		
Fecha ultima curacion		
Tipo de aposito, gasa-transparente		
Sitio insercion : SUB - YUG -FEM		
Numero de puertos		

Hora	FC	PAS	PAM	PVC	PCP	GC	#2			PIA	AO	RV	RM	GLGW	PD	PIC	RASS
		PAD					IC	IRVS	ITVI						PI	PPC	
8	38.2	129															
	94	50	74												F4		
9	38.2	128													F4		-S
	89	59	82												F4		
10	38.2	131													F4		
	89	63	75												F4		
11	3	161													F4		
	64	61	94												F4		-S
12	37.8	140													F4		
	84	65	90												F4		
13	37.7	139													F4		
	86	63	88												F4		-S
14	37.9	131													F4		
	85	62	86												F4		
15	37	157													F4		-S
	84	66	96												F4		
16	36.6	153													F4		
	82	65	94												F4		
17	36.4	151													F4		-S
	79	65	93												F4		
18	36.1	147													F4		
	76	65	92												F4		-S
19	36.1	130													F4		
	74	58	82												F4		
20	36.6	89													F4		
	72	49	62												F4		
21	36.4	90													F4		-S
	75	75	80												F4		
22	36.5	105													F4		
	71	55	71												F4		
23	35.8	129													F4		-S
	70	70	89												F4		
24	36.2	133													F4		
	71	73	80												F4		
1	36.2	129													F4		-S
	71	74	92												F4		
2	36.3	128													F4		
	71	71	80												F4		
3	36.2	127													F4		-S
	71	72	90												F4		
4	36.4	123													F4		
	70	70	87												F4		-S
5	36.4	100													F4		
	69	48	65												F4		
6	36.4	90													F4		
	68	53	72												F4		
7	36.4	104													F4		-S
	71	59	74												F4		

OBSERVACIONES:

Fecha ultima deposicion: 26-03-22

MONITOREO RESPIRATORIO

Hora	Modo	FiO2 I-E	PEEP P° Sop	FRP FRT	Vol P Vol T	Flujo Sensib	SaO2	D Esta D Dina	PIM Vol ml	Driv P° Pmta	PHa	PaO2	PaCO2 PvCO2	HCO3 EB	SaO2 SvO2	PaO2/ FiO2	ACO2
8	VC	28% 1.2	6	22	540 528	0.91 3	98%	36	21 11.6	10 16	7.24	92	42	18.1 -8.7	98	328	
9											7.23	90	47	18.7 -7.9	95	250	
10	VC	28% 1.2	6	22	550 542	0.91 2.0	95		23 11.9		VT=550						
11											7.28	69	38	19 -7.9	96%	246	
12	VC	28% 1.2	6	22	550 528	0.91 2	98%		23 11.2								
13																	
14	VC	28% 1.2	8	22	550 536	0.91 2	97%		23 11.6								
15											7.25	83	37	16.6 -11.4	96%	296	
16	VC	28% 1.2	8	22	550 534	0.91 2	99%		22 11.8								
17																	
18	VC	28% 1.2	8	22	550 540	0.91 2	97%		22 11.8								
19																	
20	VC	28% 1.2	8	22	580 565	0.91 2	99%		23 11.8								
21																	
22	VC	28% 1.2	8	22	580 543	0.91 2	100		22 12								
23																	
24	VC	28% 1.2	8	22	580 528	0.91 2	98		22 12								
1																	
2	VC	28% 1.2	8	22	580 570	0.91 2	99		23 12.4		7.34	98	28	17.5 -9.5	98	350	
3																	
4	VC	28% 1.2	8	22	580 570	0.91 2	99		23 12.4								
5																	
6	VC	28% 1.2	8	22	580 567	0.91 2	98		23 12.3								
7																	

Días VM: 5

Tubo N: 7.5

Fecha Traqueostomía:

Presión
Neumotaponador 7-13: 13-19: 19-7:

Peso ideal/ponderado: 72 Kg

E: Existencia
FLIA: Familia
I: Devolutivo

A: Dosis administrada
RF: Recibo Farmacia
II: Suspendido

PEF: Pendiente entregar Farmacia

III: Con el paciente

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Omeprazol x40.	E	0.	✓		E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A	✓	1		A				A		
	RF				RF				RF		
PEF			PEF			PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Hidocortisona Amp x100mg	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A		2		A				A		
	RF				RF				RF		
PEF			PEF			PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
Acetaminofen Tab x500mg	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A		4		A				A		
	RF				RF				RF		
PEF			PEF			PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
PEF			PEF			PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
PEF			PEF			PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE
	E				E				E		
	FLIA				FLIA				FLIA		
	A				A				A		
	RF				RF				RF		
PEF			PEF			PEF			PEF		

OBSERVACIONES.

lefe responsable AM:

lefe responsable PM:

lefe responsable Noche:

Ylving yvonne D
Ylving yvonne D
Patricio Berro

FX FARMACIA AM:

FX FARMACIA PM:

FX FARMACIA NOCHE:

Historia clinica/Identificacion : 1094728164		Hoja N :	
Nombre : Johann Gadriel Vergara Hernandez	Edad: 33 años	Cubiculo:	2
	Peso: 85 kg	Entidad:	Señas del estado
	Sexo: Masculino	Fecha ingreso UCI:	20-05-22
	Alergias: (-)	Fecha Actual:	24-05-22
		Días UCI/UCIN:	4

Diagnosticos:

**IRA, piro cordiaco (Asistolia) con reperfusion
12-25 min fr rudio distal 119
Pop reolacion cubitofu y fijacion interna**

**Tuente isquemico por RCP Infecho extemo.
Edema cerebral difuso. HIC Severa**

Plan del día intensivista:

**Reorientacion del Esfuerzo terapeutico · Doppler Transcraneano xra confirmacion
de muerte Encefalica**

Lista de chequeo intensivista:

Meta dia: ☒	Analgesia: ☒	Antibioticos: ☒	Consentimientos: ☒
Nutricion: ☒	Sedacion: ☒	Cateteres: ☒	Exámenes revisados: ☒
Control glicemico: ☒	Profilaxis ulcera: ☒	Imágenes: ☒	Exámenes pedidos: ☒
Ventilacion: ☒	Profilaxis TVP: ☒	Administrativo: ☒	Adecuacion TTO: ☒

PAQUETE PREVENCION NEUMONIA-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Ventilador	☒	
Cabecera a 30-45	☒	
RASS -1+1	☒	
Higiene oral (clorhexedina)	☒	
Tubo fijado	☒	
Sonda naso/orogastrica	☒	
Presion neumotaponador 20 cm H2O	☒	
Gastroproteccion	☒	
Circuitos limpios	☒	
Tromboprofilaxis	☒	

PAQUETE PREVENCION INFECCION SONDA VESICAL-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere sonda vesical	☒	
Sistem de drenaje cerrado esteril	☒	
Bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga, no toca el suelo	☒	
Bolsa recolectora con menos del 75 % de su capacidad	☒	
Sonda permandente/intermitente	☒	

Permanente

PAQUETE PREVENCION INFECCION POR CATETER-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Cateter venoso central ?	☒	
Sitio insercion con signos: eritema, dolor, induracion , secrecion ?		☒
Fecha ultima curacion	21/05/22	
Tipo de aposito, gasa-transparente	Transp.	
Sitio insercion : SUB - YUG -FEM	Sobolavio derecho	
Numero de puertos	3	

Hora	FC	PAS	PAM	PVC	PCP	GC	IC	IRVP	ITVI	PIA	AO	RV	RM	GLGW	PD	PIC	RASS
		PAD					IS	IRVP	ITVD						PI	PPC	
8	373	126															
	73	75	92								1	1	1	3/15	4F		
9	37	92													4F		
	70	48	62														
10	37	98									1	1	1	3/15	4F		
	76	52	67												4F		
11	362	104															
	63	57	72														
12	36	110									1	1	1	3/15	4F		
	63	61	77												4F		
13	357	109															
	61	61	77														
14	355	108									1	1	1	3/15	4F		
	59	58	73												4F		
15	35	106															
	59	59	74														
16	358	109															
	58	63	70								1	1	1	3/15	4F		
17	358	96													4F		
	44	50	65														
18	358	93									1	1	1	3/15	4F		
	46	48	63												4F		
19	358	96															
	55	54	68														
20	357	94															
	59	92	69								1	1	1	3/15	4E		
21	35	98													40		
	58	51	65														
22	356	94									1	1	1	3/15	4I		
	58	49	64												40		
23	35	88															
	58	42	56														
24	358	88															
	56	42	57												45		
1	96	95													40		
	60	43	80								1	1	1	3/15	48		
2	85	102													40		
	56	82	68								1	1	1	3/15	48		
3	36	92													40		
	56	46	60														
4	31	84									1	1	1	3/15	4F		
	35	41	55												4F		
5	373	86															
	59	46	59														
6	361	65									1	1	1	3/15	4F		
	58	44	51												4F		
7																	

OBSERVACIONES:

Hora	DA	PA	PS	PL	US	HT	AS	16.2	TOTAL	DIURE	RX	DEPO	TOTAL	BALAN	Gluc
8	20	30	32	10	150	90			332	100	40		140	192 ⁺	23 ⁺
9	=	=	=	=	=	=				100	40				
	20	30	32	10	150	90			332	200	80		280	52 ⁺	mg
10	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	220	90			402	250	120		390	32 ⁺	
11	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	290	90			472	300	160		530	12 ⁺	
12	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	360	90			542	330	200		600	12 ⁺	
13	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	430	90			612	360	240		600	12 ⁺	
14	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	500	90			682	410	280		600	8	
15	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	570	90			752	440	320		760	8	
16	=	=	=	=	70	=				20	40				
	20	30	32	10	640	90			822	460	360		820	2 ⁺	350
17	=	=	=	=	70	=				10	40				
	20	30	32	10	710	90			892	490	400		870	22 ⁺	mg
18	=	=	=	=	70	=				=	40				
	20	30	32	10	780	90			962	470	440		910	52 ⁺	
19	=	=	=	=	70	=				10	40				
	20	30	32	10	850	90			1032	480	480		960	72 ⁺	
20	=	=	=	=	70	=				100	40				
	20	30	32	10	920	90			1102	580	520		1100	+	
21	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	990	90			1172	630	560		1190	18	
22	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	1060	90			1242	660	600		1260	18	
23	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	1130	90			1312	710	640		1300	38	
24	=	=	=	=	70	=				20	40				
	20	30	32	10	1200	90			1382	760	680		1440	58	220
1	=	=	=	=	70	=				20	40				
	20	30	32	10	1270	90			1452	810	720		1500	88	
2	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	1340	90			1522	870	760		1580	108	
3	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	1410	90			1592	920	800		1640	128	
4	=	=	=	=	70	=				50	40				
	20	30	32	10	1480	90			1662	970	840		1710	148	
5	=	=	=	=	70	=				20	40				
	20	30	32	10	1550	90			1732	990	880		1740	138	
6	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	1620	90			1802	1020	920		1940	138	
7	=	=	=	=	70	=				30	40				
	20	30	32	10	1690	90			1872	1050	960		2010	738	

Balance anterior: 3620

Balance acumulado: 4358

Fecha ultima deposicion:

MONITOREO RESPIRATORIO

GRUPO INTERMEDIO

Hora	Modo	FIO2	PEEP	FRP	Vol P	Flujo	SaO2	D Esta	PIM	Driv P°	PHa	PaO2	PaCO2	HCO3	SaO2	PaO2/	ACC2
		I-E	P° Sop	FRT	Vol T	Sensib		D Dina	Vol mi	Pmta			PvCO2	EB	SvO2	FIO2	
8	VC	23/1.2	8	22	580	2	97		21								
9																	
10	VC	23/1.2	8	22	580	2	97	66	21	9							
11																	
12	VC	23/1.2	8	22	580	2	98		23								
13																	
14	VC	23/1.2	8	22	580	2	98		22								
15																	
16	VC	24/1.2	8	22	580	2	96		21								
17																	
18	VC	24/1.2	6	22	580	2	97		21								
19																	
20	VC	24/1.2	6	22	580	2	98		21								
21																	
22	VC	24/1.2	6	22	580	2	95		22								
23																	
24	VC	24/1.2	6	22	580	3	96	22									
1																	
2	VC	24/1.2	6	22	580	2	93		23								
3																	
4	VC	24/1.2	6	22	580	2	92		12								
5																	
6	VC	24/1.2	6	22	580	2	94		23								
7																	

Dias VM: 1

Tubo N: 7.5

Fecha Traqueostomia:

Presion 7-13:

13-19:

19-7:

Peso ideal/ponderado:

Neumotaponador

E: Existencia
FLIA: Familia
I: Devolutivo

A: Dosis administrada
RF: Recibo Farmacia
II: Suspendido

PEF: Pendiente entregar Farmacia
III: Con el paciente

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE						
Omeprazol Amp x 40mg	E	0	0														
	FLIA		0									FLIA			FLIA		
	A	0	0									A			A		
	RF		0									RF			RF		
	PEF		0									PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE						
Mentolo 20%	E		0														
	FLIA		0									FLIA			FLIA		
	A		0									A			A		
	RF		0									RF			RF		
	PEF		0									PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE						
Hidrocortisona Amp x 100mg	E	2	0														
	FLIA		0									FLIA			FLIA		
	A	2	0									A			A		
	RF		0									RF			RF		
	PEF		0									PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE						
Acetaminofen Tab x 500mg	E	6	0														
	FLIA		0									FLIA			FLIA		
	A	4	0									A			A		
	RF		0									RF			RF		
	PEF		0									PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE						
Pantoprazol	E	5	0														
	FLIA		0									FLIA			FLIA		
	A		0									A			A		
	RF		0									RF			RF		
	PEF		0									PEF			PEF		

MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE	MEDICAMENTO:		DIA	NOCHE						
	E																
	FLIA											FLIA			FLIA		
	A											A			A		
	RF											RF			RF		
	PEF											PEF			PEF		

OBSERVACIONES:

Jefe responsable AM: Natalia Robledo Dávila
 Jefe responsable PM: T.P. 1094.959.674
 Jefe responsable Noche: Enfermera CUE-AVH
 Jefe responsable Noche: Maria Pinos Morgado

FX FARMACIA AM:
 FX FARMACIA PM:
 FX FARMACIA NOCHE:

REGISTRO DIARIO DE MONITORIA

Historia clinica/Identificación: 1094928164		Hoja N: 2
Nombre: Johann Gabriel Vega Hernandez	Edad: 33 años	Cubiculo: 2
	Peso: 90 kg	Entidad: Seguro Social
	Sexo: Masculino	Fecha ingreso UCI: 20-05-22
	Alergias: Nieg4	Fecha Actual: 25-05-22
		Dias UCI/UCIN: 5

Diagnosticos:

IRA, Parada Cardíaca (asistida) 12-15 min.
 Ex radio distal H9 por reducción cabeta y
 función interna por en Berri ventu evento infmico
 post RCP infarto extenso, infarto
 bilateral regurgitacio bival. edema
 cerebral difuso, Encefalopatia hipoxica

Plan del día intensivista:

Meta día: _____	Analgesia: _____	Antibióticos: _____	Consentimientos: _____
Nutrición: _____	Sedación: _____	Cateteres: _____	Exámenes revisados: _____
Control glicémico: _____	Profilaxis ulcera: _____	Imágenes: _____	Exámenes pedidos: _____
Ventilación: _____	Profilaxis TVP: _____	Administrativo: _____	Adecuación TTO: _____

PAQUETE PREVENCION NEUMONIA-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Ventilador		
Cabecera a 30-45		
RASS -1+1		
Higiene oral (clorhexedina)		
Tubo fijado		
Sonda naso/orogastrica		
Presion neumatoponador 20 cm H2O		
Gastroproteccion		
Circuitos limpios		
Tromboprofilaxis		

PAQUETE PREVENCION INFECCION SONTA VESICAL-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere sonda vesical		
Sistema de drenaje cerrado esteril		
Bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga, no toca el suelo		
Bolsa recolectora con menos del 75 % de su capacidad		
Sonda permanente/intermitente		

PAQUETE PREVENCION INFECCION POR CATETER-INTENSIVISTA

	SI	NO
Requiere Cateter venoso central ?		
Sitio Insercion con signos: eritema, dolor, Induracion , secrecion ?		
Fecha ultima curacion		
Tipo de aposito, gasa-transparente		
Sitio insercion : SUB - YUG -FEM		
Numero de puertos		

MONITOREO HEMODINAMICO	
------------------------	--

[illegible]

LIQUIDOS ADMINISTRADOS										LIQUIDOS ELIMINADOS										BALANCE	Glucos
MEY									TOTAL	DIURE					DEPO	TOTAL					
8										SV											
9										SD											
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					
40																					
41																					
42																					
43																					
44																					
45																					
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					
51																					
52																					
53																					
54																					
55																					
56																					
57																					
58																					
59																					
60																					
61																					
62																					
63																					
64																					
65																					
66																					
67																					
68																					
69																					
70																					
71																					
72																					
73																					
74																					
75																					
76																					
77																					
78																					
79																					
80																					
81																					
82																					
83																					
84																					
85																					
86																					
87																					
88																					
89																					
90																					
91																					
92																					
93																					
94																					
95																					
96																					
97																					
98																					
99																					
100																					

Balance anterior: 4338

Balance actual: 1

Balance anterior: 4338

Balance acumulado:

Fecha ultima deposicion:

MONITOREO RESPIRATORIO											GASES ARTERIALES						
Hora	Modo	FIO2	PEEP	FRP	Vol P	Flujo	SaO2	D. Esta	PIM	Driv P°	PHa	PaO2	PaCO2	HCO3	SaO2	PaO2/	ACO2
		I-E	P° Sop	FRT	Vol T	Sensib		D Dina	Vol ml	Pmta			PvCO2	EB	SvO2	FIO2	
8	VC	24/	6	22	580	1.2	94		23								
9				22	563	20			124								
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

Pl- falla

Dias VM: 2

Tubo N: 7.5

Fecha Traqueostomia:

Presion 7-13:

13-19:

19-7:

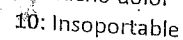
Peso ideal/ponderado:

72kg

MEDICAMENTO-PRESENTACION-
DILUCION

Observaciones, medicamentos:

EVA: Escala visual analoga-en paciente que puede comunicarse



NOCHE: _____

CPOT: Observacion de dolor en Cuidado Critico - En paciente que no puede comunicarse

En paciente que no puede comunicarse		
Mvto extremidades	No mvto	0
	Se frota la zona del dolor	1
	Agitacion	2
Vocalizacion	Habla normal	0
	Suspiros	1
	Gritos sollozos	2

NOCHE:

1. Ninguna	4. Retira al dolor
2. Extension	5. Localiza estímulo
3. Flexion anormal	6. Obedece

4	3	2	1	0	-1	-2	-3	-4	-5
Combativo. Violento. Peligro para el personal	Muy agitado agresivo, intenta retirarse todo	Agitado, mvto frecuentes, pelea con el ventilador	Inquieto ansioso, sin mvto agresivos	Alerta y calmado	Somnoliento, no alerta, mas de 10 segs despierto	Sedación leve, despierta al llamado, sigue con mirada	Sedación moderada a per ocul al llamado, no sigue con la mirada	Sedación profunda, no respuesta al llamado, a per ocu. al estim	Sin respuesta a la voz, no al estímulo

ESCALA DE VALORACION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION
(Escala de Braden modificada)
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "Evaristo Garcia" E.S.E.

Nombre **Johann Vergara Hernandez**

Diagnóstico: **Accidente vascular cerebral**

Edad: **33 Años**

H.C. **1094728164**

CONDICIONES	ESCALA	CALIFICACION	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
PERCEPCION SENSORIAL	1	Completamente disminuida							
	2	Muy disminuida	1	1	1				
	3	Levemente disminuida							
	4	No alterada							
EXPOSICION A LA HUMEDAD	1	Constantemente húmeda							
	2	A menudo húmeda		1	1				
	3	Ocasionalmente húmeda	3						
	4	Raramente húmeda							
ACTIVIDAD	1	No Deambula	1	1	1				
	2	Deambula siempre con ayuda							
	3	Deambula algunas veces con ayuda							
	4	Deambula							
MOVILIDAD	1	Completamente inmovil	1	1	1				
	2	Muy limitada							
	3	Ligeramente limitada							
	4	Sin limitación							
INGESTA	1	No ingesta oral ni enteral mayor a 72h o Desnutrición	1	1	1				
	2	Incompleta							
	3	Ocasionalmente incompleta							
	4	Correcta							
FRICCION Y DESLIZAMIENTO	2	Es un problema	2	2	2				
	3	Es un problema potencial							
	4	Sin problema							
PUNTAJE TOTAL			9	2	2				

La escala de valoración de riesgo de Úlceras por Presión Institucional consta de 6 ítems. El rango de calificación oscila entre 5 y 24. Cada uno se califica de 1 a 4 excepto Fricción y deslizamiento que califica de 2 a 4.
La Escala se aplicará en pacientes adultos MENORES de 75 años, ya que los mayores de 75 años se identificarán con riesgo ALTO sin necesidad de aplicar la escala.
La Escala se aplicará en Niños cuando tenga compromiso del estado neurológico y/o alteración del desarrollo psicomotor.
Momentos de aplicación de esta escala: 1. En la atención inicial de urgencias, 2. Al momento de ingreso a hospitalización, 3. Cuando existan cambios en la condición clínica del paciente. 4. Al momento de ingreso en una sala. 5. Al ingreso a procedimientos quirúrgicos programados. La frecuencia de aplicación de esta escala durante la hospitalización será cada 7 días si no se presenta alguno de los cambios anteriores.

B. RIESGO.....Puntaje mayor de 16

MODERADO RIESGO.....Puntaje entre 13 y 15

ALTO RIESGO.....Puntaje menor a 12

No registrar en brazaletes

Marque ROJO en el Brazaletes de Identificación de pacientes

SEMAFORO DE SEGUIMIENTO AL ESTADO DE LA PIEL

Fecha	20/05	22/05	23/05																
Servicio	ICU-4	ICU-4	ICU-4																
Piel/puntaje de riesgo	9	7	7																
Sana	✓	✓	✓																
Úlcera grado I Enferma y/o Induración																			
Úlcera Grado II Ampollas y/o Úlcera superficial																			
Úlcera grado III-IV pérdida grosor piel, necrosis o daño extensivo.																			
FIRMA	M. P. 20/05	C. 22/05	J. 23/05																

Convenciones: E: Escapular, S: Sacra, T: Trocanterica, TL: Talón, O: Occipital, C: Codo, M: Moleo, U: Uretra, GL: Glutea

Código: REG/SSS/HUV013

Fecha Emisión: 09/04/2010

Versión: 1



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E.
CONTROL DE LABORATORIO

NOMBRE Johan Vergara Hernandez

SERVICIO UCI - C.U

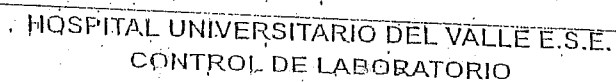
H.C.

CAMA:

2

FECHA DE INGRESO:

FECHA		01/05	21/05	22/05	22/05	22/05	23/05	23/05	23/05	24/05
HORA			PM							
GASES	PH	7.21	7.35	7.28	7.25	7.26	7.24	7.23	7.28	7.25
	PCO2/PCO2v	51	37	37	42	42	42	47	38	37
	HCO3	18.7	21.3	18.2	17.8	18.9	18.1	18.7	19	16.6
	EB	-7.9	-4.6	-8.6	-8.5	-7.6	-8.7	-7.9	-7.9	-11.4
	D(A-a)O2	85	103	92	87	85	92	70	69	83
	SoO2/SvO2	97.1	98.1	97	82.2	97	95	95	96.1	96.1
	FIO2	30%	30.1	24.1	30	28	28	36	28%	28%
	PaO2/FIO2	283	313	383		303	328	194	246	296
	PEEP	lactato	0.90	1.5		1.20	1.80	2.3		
HLG	Hg	14.7	14.4	13.4		14.2		13.4		
	Hto	44.9	43.5	40.6		43.4		40.4		
	Leucos	15.770	14.520	14.900		18.760		18.110		
	Bandas		4							
	PMN	79.6	83.8	82.2		85.1		84.9		
	Linf	11.9	9.9	10.7		8.2		8.0		
	Plaquetas	269000	257000	280000		366000		326000		
	PCR									
IONOGRAMA	Ca									
	Na									
	CL	163	169	171			177	180	186	
	K	4.2	4.1	4.4			4.8	4.6		
	Mg	2.7	2.9	2.1			2.3	2.3	1.9	
	PO4	4.4	3.1	3.2			2.8	2.8		
	AG			1.2				2.2		
NAL	BUN		55.9	59.2			61.5	62.2	65	
	Creatinina		6.4	6.83				7.11	8.6	
	Ac Urico									
	Dep Creat									
HAPATO - NUTRICION	AST									
	ALT									
	FA									
	BT									
	BD									
	Albumina									
	Trigliceridos									
	Glicemia									
	Amilasas									
	Fosfatasa									
COAG	LDH									
	TP/INR	11/102	11.4/1.06							
	TPT/control	26	28.2							
	Fibrinogeno									
CARD	Dimero D									
	CPK MB									
	CPK Total									
	Troponina									



— H.C.:

CAMA: _____

FECHA DE INGRESO:

		FECHA DE INGRESO:							
GASES	FECHA	2605							
	HORA								
	PH								
	PCO2/PCO2v								
	HCO3								
	EB								
	D(A-a)O2								
	SaO2/SvO2								
	FIO2								
	PaO2/FIO2								
HLS	PEEP								
	Hg								
	Hto								
	Leucos								
	Bandas								
	PMN								
	Unf								
	Plaquetas								
	PCR								
	IONOGRAMA	Ca							
Na									
CL									
K		134							
Mg									
PO4									
RENAL	AG								
	BUN								
	Creatinina								
	Ac Urico								
HAPATO - NUTRICIÓN	Dap Creat								
	AST								
	ALT								
	FA								
	BT								
	BD								
	Albumina								
	Triglicéridos								
	Glicemia								
	Amilasas								
	Fosfalasas								
COAG	LDH								
	TP/INR								
	TPT/control								
	Fibrinogeno								
CARD	Dimero D.								
	CPK MB								
	CPK Total								
	Troponina								

[illegible]

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL Y E "EVARISTO GARCIA" E.S.E		CÓDIGO		FOR-HUV-HUV-016		
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA		1	PÁGINA	1	DE	
		FECHA DE EMISIÓN:		DÍA	MES	
				27	1	
				AÑO		
				2020		
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA N: CAMA N°: 1						
NOMBRE COMPLETO: Johan Badiel Vegara Hernandez		CREENCIA RELIGIOSA:		DIAGNÓSTICO MÉDICO:		
IDENTIFICACIÓN N: 1094728164				Insuficiencia respiratoria Aguda: Parada cardiaca (etmo Arístolia) con reperfusión a los 12 minutos		
EDAD: 33 años		TALLA:		pop de ración abierta y fijación interna de		
PROCEDENCIA: Masatiro		PESO:		Fractura de radio distal y húmero desplazada		
FECHA DE INGRESO HUV: 20/05/22		ASEGURADORA:		ESPECIALIDAD TRATANTE: FUEBTO ISGEMIA multifactorial		
FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: 20/05/22		HORA: 22:00		IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS OBESIDAD		
NOMBRE Y TELÉFONO DEL ACUDIENTE: Jor Vegara 3136537685 - 3103970050		# TRANSFUSIONES: NO		ALERGIAS: Ninguna		
HEMOCLASIFICACIÓN: 3127972668 - HEMORRAGIA		FECHA DE RESERVA:		CAÍDAS: NO		
DIÁLISIS PERITONEAL: NO		HEMODIALISIS: CATETER		FLEBITIS: NO		
TIPO DE AISLAMIENTO: NO		MICROORGANISMO:		LESIÓN EN PIEL: NO		
DIETA: VO: NVO		PARENTERAL: Ingreso Agua Libre		PICC: NO		
SONDA DE ALIMENTACIÓN:		RESTRICCIONES Y SUPLEMENTO:		CATETER PERIFÉRICO: NO		
Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Horario	Fecha de suspensión
21/5/22	Omeprazol	40mg	40mg	EV	06	21/06/22
21/5/22	Enoxaparina	40mg	40mg	SC	06 - 18	21/06/22
21/5/22	Mantel 20%		700ml	IV	18-22-26-10-14	Cambio
21/5/22	Desmopresina	15ug/ml	2ug	EV	08-20	D
21/5/22	Mantel 20%		100ml	EV	06-12-18-24	23/05/22
21/5/22	Hidrocortisona	100mg	200mg	EV	10	D
21/5/22	Hidrocortisona	100mg	50mg	EV	10-18-22-06	21/06/22
21/5/22	Acetaminofen	500mg	1gr	NO	14-20-02-08	21/06/22
Líquidos endovenosos						
Código mampasa: 950						
Monitorio JET						
GLUCOMETRIA						

NUMERO DE IDENTIFICACION

1094728164

SAI A

UCLA

CAMA

2

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS GENERALES

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS GENERALES																	
CODIGO	PROCEDIMIENTO	CONCEPTO															
912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADOS	13	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS	13															
912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	13															
912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	13															
579501	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	23															
9504	INSERCIÓN DE TUBO OROTRAQUEAL	23															
389101	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	23															
389102	INSERCIÓN DE CATETER YUGULAR	23															
389103	INSERCIÓN DE CATETER VENOSOS CENTRAL VIA PERIFERICA	23															
389107	INSERCIÓN DE CATETER PERMANENTE INCLUYE HEMODIALISIS QUIMIOTERAPIA Y OTROS	23															
378102	INSERCIÓN (IMPLANTACION)DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA	23															
963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA	23															
992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	23															
549100	PARACENTESIS TERAPEUTICA (PARA DESCOMPRESION O DRENAJE) SOD	23															
345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	23															
340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE																
345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA																
389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	23															
389002	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	23															
889500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	15															
882604	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION SUPERFICIAL ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL																
974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD																
939400	TERAPIA RESPIRATORIA	6	1														
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL	6															
939402	NEBULIZACION Oxígeno	6	3														
934600	EXTRACCION CUTANEA DE MIEMBROS																
33100	PUNCION LUMBAR SOD	16															
22203	VENTRICULOTOMIA EXTERNA																
28204	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PARA MONITORIA INTRACRANEANA																
39003	INSERCIÓN DE CATETER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICA O PALIATIVA																
996901	CARDIOVERSION	25															
	NUTRICION PARENTERAL																
39001	INSERCIÓN DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA PALIATIVA																
852302	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS EN AREA ESPECIAL DE MAS DE 3 Y DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL																
	hemodialisis																
378902	IMPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASOS																
317201	CIERRE DE TRAQUEOSTOMIA (OCCLUSION)																
963900	IRRIGACION O ENEMATANSAL SOD	16															
28402	COLOCACION DE TRACTOR ESQUELETICO CERVICAL																
861104	DRENAJE DE COLOCACION PROFUNDA DE TEJIDOS																
99250	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)																
9638	EXTRACCION DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS																
	Interconsultas																

NOMBRE DE PACIENTE

PHAN GADOL VERGARA

SALA

cold

CAMA

2

NUMERO DE IDENTIFICACION

1094728164

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS GENERALES

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS GENERALES																		
CODIGO	PROCEDIMIENTO	CONCEPTO	20			21/05/22			22/05			29/09/22			24/5			
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIO PRECIPITADOS	13																
912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS	13																
912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	13																
912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	13																
579501	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	23																
9504	INSERCIÓN DE TUBO OROTRAQUEAL	23																
389101	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	23																
389102	INSERCIÓN DE CATETER YUGULAR	23																
389103	INSERCIÓN DE CATETER VENOSOS CENTRAL VIA PERIFERICA	23																
389107	INSERCIÓN DE CATETER PERMANENTE INCLUYE HEMODIALISIS QUIMIOTERAPIA Y OTROS	23																
378102	INSERCIÓN (IMPLANTACION)DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA	23																
963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA	23																
992501	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	23																
549100	PARACENTESIS TERAPEUTICA (PARA DESCOMPRESION O DRENAJE) SOD	23																
345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	23																
340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE																	
345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA																	
389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	23																
389002	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	23																
889500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	15																
882604	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION SUPERFICIAL ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL																	
974100	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD																	
939400	TERAPIA RESPIRATORIA	6																
931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL	6																
939402	NEBULIZACION	6																
934600	EXTRACCION CUTANEA DE MIEMBROS																	
33100	FUNCION LUMBAR SOD	16																
22203	VENTRICULOTOMIA EXTERNA																	
28204	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PARA MONITORIA INTRACRANEANA																	
39003	INSERCIÓN DE CATETER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICA O PALIATIVA																	
996901	CARDIOVERSION	25																
	NUTRICION PARENTERAL																	
39001	INSERCIÓN DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA PALIATIVA																	
852302	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESION DE TEJIDOS PROFUNDOS EN AREA ESPECIAL DE MAS DE 5 Y DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL																	
	Hemodialisis																	
378902	IMPLANTE O ELIMINACION DE MARCAPASOS																	
317201	CIERRE DE TRAQUEOSTOMIA (OCCLUSION)																	
963900	IRRIGACION O ENEMATRANSANAL SOD	16																
28102	COLOCACION DE TRACTOR ESQUELETICO CERVICAL																	
861104	DRENAJE DE COLOCACION PROFUNDA DE TEJIDOS																	
99250	POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO (CICLO DE TRATAMIENTO)																	
9638	EXTRACCION DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS																	
	Interconsultas																	