HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UCI NEONATAL	CÓDIGO:	FECHA ELABORACION:
		FRHOS-144	19 FEBRERO DE 2016 FECHA ACTUALZIACION
		VERSION	4 AGOSTO DE 2017
			1 DE 2

NOMBRE R.N.			R.C.		FEC. INGRESO		DATOS INGRESO						
NOMBRE MADRE			C.C.		HORA INGRESO		PESO		TIPO DE CUIDADO		CAMA		
RESPONSABLE ING.		PROCEDENCIA:			SEXO		P.C.		CARPETA		GRUPO SANGUÍNEO		
FECHA NACIMIENTO	HORA:	DIAS VIDA:	DIAS HOSPITALIZADO:		TRASLADO DE:		P.T.		INGRESO		MADRE:	R.N.	
DIAGNOSTICOS MÉDICOS				CELULAR:			P.A.		EPS		TSH		
							TALLA				CANGURO		ALTO RX

REGISTRO DIARIO DE DATOS ANTROPOMETRICO Y DE GLICEMIAS DEL NEONATO

FECHA																				FOTOTERAPIA	BILICHECK
PERIMETRO ABDOMINAL	M																			INICIA	
	T																			TERMINA	
	N																			REINICIA	
P. CEFALICO																				AISLAMIENTO:	
GLICEMIAS	M																			INICIA	
	T																			TERMINA	
	N																			AGENTE	
PESO																				Nota enfermería:	

NUTRICION ENTERAL	TURNO	FECHA:				FECHA:				FECHA:				FECHA:			
		CANTIDAD	TIPO LECHE	METODO	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIPO LECHE	METODO	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIPO LECHE	METODO	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIPO LECHE	METODO	FRECUENCIA
	M																
	T																
	N																

DRENAJE SONDA:

FECHA INICIO	HORA INICIO	FECHA SUSPEN.	MEDICAMENTO/PRESENTACION DILUYENTE	DOSIS/VOLUMEN	VIA	MAÑANA						TARDE						NOCHE											
						7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6

	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA UCI NEONATAL	CÓDIGO:	FECHA ELABORACION:	
		FRHOS-144	19 FEBRERO DE 2016 FECHA ACTUALZIACION	
		VERSION	1 AGOSTO DE 2017	
			1 DE 2	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

FECHA EXAMEN	LABORATORIOS	OBSERVACIONES	ECOCARDIOGRAMA		RESULTADO	RADIOGRAFIAS	OBSERVACION
			FECHA SOLICITADO	FECHA TOMADO		FECHA	
			ECOCARDIO PEDIATRICO				
			ECOTRANSFONTANELAR				
			OTRAS ECOGRAFIAS				

CULTIVOS	FECHA TOMA	REPORTE	AGENTE	INTERCONSULTAS, AUTORIZACIONES, PROCEDIMIENTOS ESPECIALES					TRANSFUSIONES			
				FECHA	INTERCONSULTA, PROCEDIMIENTO	FECHA Y HORA CITA	LUGAR	OBSERVACIONES	HEMODERIVADOS	CANTIDAD	FECHA Y HORA INICIO	FECHA Y HORA TERMINA

PASO CATETER	FECHA:	RESPONSABLE	OBSERVACION	FECHA:	RESPONSABLE	OBSERVACION	FECHA:	RESPONSABLE	OBSERVACION	FECHA:	RESPONSABLE	OBSERVACION
	TIPO:			TIPO:			TIPO:			TIPO:		

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA
UCI ADULTOS

CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
FRHOS-054	02 DE SEPTIEMBRE DE 2011
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
VERSIÓN:	01 DE AGOSTO DE 2016
03	HOJA: 1 DE: 2

ACREDITACIÓN EN SALUD

SUARIO				EDAD		FECHA INGRESO UCI	ESCALAS INGRESO (Registre el valor obtenido)					
DENTIFICACIÓN		CARPETA		PESO			BRADEN		KILLIP		TISS	
PS		No. INGRESO		TALLA		HORA INGRESO UCI	APACHE		SOFA		TIMI	
ÉDICO TRATANTE (Mencione nombre de Medico Especialista rujano, Subespecialista tratante)											DOWNTON	
IAGNÓSTICO							CAMA					

INFUSIONES ENDOVENOSAS CONTINUAS

FECHA INICIO	MEDICAMENTO/CONCENTRACIÓN	DILUCIÓN (SSN,AD,DAD) Y VOLUMEN	DÓSIS (mcgkmin, mgh, mcgkh, unidades)	CC HORA	SUSPENSIÓN

ACTIVIDADES PENDIENTES POR GESTIONAR

PROCEDIMIENTO/ INTERCONSULTA	FECHA INICIO GESTIÓN	OFICINA RESPONSABLE

TIPO NUTRICIÓN		FECHA DE INICIO	

IDENTIFIQUE LOS DISPOSITIVOS Y FECHA DE INSERCIÓN (Registre en espacio en blanco fecha)

Tubo endotraqueal	Cateter PICCO	Dren abdominal	Cateter PIC	Cateter arterial
Sonda Gastrica	Sonda Nasoyeyunal	Laparostomia	Gastrostomia	Traqueostomia
Cateter central	Tubo torax	Cateter vesical	Ileostomia	Cat. Yugular. Ascendente

IIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HERIDAS Y LESIONES DE PIEL (Identifique herida o lesión y cuidados, dispositivos, parches, otros por utilizar)

ECHA DE CAMBIO DE EQUIPOS DE BOMBA (Registre fecha del próximo cambio de equipos o dispositivos)

FECHA INICIO	TIPO DE AISLAMIENTO	AGENTE CAUSANTE	TIEMPO DE AISLAMIENTO

USUARIO ALÉRGICO A MEDICACIÓN				USUARIO ANTICOAGULADO			
SI		NO		SI		NO	
Cúal (Identifique medicamento)				Cúal (Identifique medicamento)			

FECHA INICIO	MEDICAMENTO/ PRESENTACIÓN/ DILUYENTE	DÓSIS	VÍA	VOLUMEN	MAÑANA						TARDE						NOCHE											
					7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA UCI ADULTOS	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:	ACREDITACIÓN EN SALUD
		FRHOS-054	02 DE SEPTIEMBRE DE 2011	
			FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	
		VERSIÓN:	01 DE AGOSTO DE 2016	
		03	HOJA: 2 DE: 2	

FECHA INICIO	MEDICAMENTOS	FECHA SUSPENSIÓN	FECHA SOLICITUD	SOLICITUD DE LABORATORIOS Y EXAMENES DE RADIOLOGÍA	RESULTADOS Y OBSERVACIONES (FRECUENCIA DE TOMA EN CASO NECESARIO)

FECHA SOLICITUD	INTERCONSULTA REQUERIDA/ESPECIALIDAD	OBSERVACIÓN	FECHA SOLICITUD	GRAM Y/O CULTIVOS - BK	RESULTADOS Y OBSERVACIONES

FECHA INICIO	AISLAMIENTO TIPO - GERMEN	FECHA SUSPENSIÓN			

FECHA DE EJECUCIÓN	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO/ INSERCIÓN Y/O RETIRO DE CATETERES Y OTROS	MD. RESPONSABLE	ORDEN MÉDICA DE COMPONENTE SANGUÍNEO PARA TRASFUNDIR /CANTIDAD				
			FECHA	HORA	GLOBULOS ROJOS	PLAQUETAS	PLASMA
			PACIENTE EN DIÁLISIS. REGISTRE FECHA DE INICIO DE DIÁLISIS :				
			TIPO DE DIÁLISIS: HEMODIÁLISIS O DIÁLISIS PERITONEAL:				

FECHA DE EGRESO DEL SERVICIO DE UCI:		LUGAR DESTINO DE EGRESO	

RECOMENDACIONES U OBSERVACIONES (Registre recomendaciones al egreso para continuar cuidados especiales del usuario. Manejos, registros, controles,remisiónes, estado de piel, valor de push,etc.)

Recuerde enviar lista de verificacion de traslado de paciente

Usuario anticoagulado	SI		No		¿Cúal?

Fecha	Tipo de drenaje	Mañana	Tarde	Noche

Trasfundir Globulos rojos	Trasfundir Plasma	Trasfundir Plaquetas

Reporte de gram y cultivos: _____

Fecha de iniciación	Horario	Medicamentos	Dósis	Vía	Fecha de suspención

Cama	Nombres y Apellidos	Identificación	Historia Clínica	EPS/ARL

Diagnóstico médico _____

Indicaciones de especialistas

RIESGOS SEGURIDAD DEL PACIENTE		
Escalas	Riesgo	Fecha próxima
BRADEN		
DOWNTON		

ALERGIAS SI___NO___¿Cúal?_____ | ANTICOAGULADO SI___NO___¿Cúal?_____

Cultivos en proceso: Fecha: | Exam Lb, Biopsia, Citológ en proceso. Fecha:

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTO DE NARIÑO E.S.E.	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA URGENCIAS Y/O HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO:	FECHA DE ELABORACIÓN:
		FRHOS-006	01 DE AGOSTO DE 2016
			FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
		VERSIÓN:	18 DE JULIO DE 2017
		02	HOJA: 1 DE: 3

No. Ingreso | Procedencia:

Fecha de admisión: | Servicio: | Médico:

Edad: | Peso: | Talla: | Ingresa con prótesis dental SI__ NO__

En caso necesario avisar a: | Teléfono: | Interconsulta pendiente de

Dieta o tipo de nutrición:

Actividad: Ambulatorio | Reposo | Tipo de posición:

Control líquidos: | Peso | Diuresis | Sg Vitales | Hoja neurológica | Cambios posición

Preparar rayos X de | Fecha | Hora

Exámenes de laboratorio | Fecha | Hora

Preparar para cirugía de | Fecha | Hora

Preparar para cirugía de | Fecha | Hora

Hacer curación | Fecha | Hora

Líquidos endovenosos: Cantidad Pasar en Goteo Mezcla | Mencione las terapias

Dispositivos insertados:

Cuidados de enfermería y observaciones: | Aislamiento: SI ___ NO ___ Tipo: Germen:

Registre aquí los estudios radiológicos, procedimientos quirúrgicos, laboratorios, resultados de patología y demás gestiones que puedan contribuir en la comunicación efectiva que requiere la atención al usuario hospitalizado.

Registre en este espacio medicamentos suspendidos como antibióticos, corticoides, manitol, inmunoglobulinas.

Trámites con trabajo social, autorizaciones (Registre fecha que corresponda el historial y trámites).