

Usuario anticoagulado	SI		No		¿Cuál?	
Muerte fetal	SI		No		Fecha de Necropsia	Fecha de Patología
Ficha Epidemiológica	SI		No		Observaciones:	
1. Monitoreo fetal	Fecha				4. Monitoreo fetal	Fecha
2. Monitoreo fetal	Fecha				5. Monitoreo fetal	Fecha
3. Monitoreo fetal	Fecha				6. Monitoreo fetal	Fecha
Elección de Método Anticoncepción	SI		No		¿Cuál?	
Trasfundir Globulos rojos			Trasfundir Plasma			Trasfundir Plaquetas

Reporte de gram y cultivos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de iniciación	Horario	Medicamentos	Dosis	Vía	Fecha de suspensión

Cama	Nombres y Apellidos	Identificación	Historia Clínica	EPS/ARL
Diagnóstico médico _____				
_____				
Cuidado recién nacido Peso _____ Tall _____ Glucometría _____			RIESGOS	
Revaloración de Pediatra con los siguientes exámenes:				
ALERGIA SI _____ NO _____ ¿Cuál?				

