CLÍNICA META

PODER ESPECIAL

Señor
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO
E. S. D.

Referencia. Expediente - Radicado No.: 50001315300220220015000
Demandante: **AMAURY PAUTT PUPO Y OTROS**
Demandado: **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A Y OTROS**

CAMILO ANDRES HERNANDEZ CHACON, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Villavicencio, identificado con la con la cédula de ciudadanía N° 80.135.288 de Bogotá, actuando en mi calidad Representante Legal Suplente de la sociedad **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.** con Nit 892000401-7, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Villavicencio, compañía domiciliada en la ciudad de Villavicencio, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder Especial, Amplio y Suficiente a la doctora **MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO,** abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.026.266.231 de Bogota, domiciliada en la ciudad de Villavicencio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 252.678 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente a esta sociedad dentro del proceso y/o trámite identificado en la referencia..

La doctora **PINILLA OCAMPO**, queda investida de todas las facultades consagradas en el artículo 70 del Código de Procedimiento Civil y 77 del Código General del Proceso, en especial para contestar, presentar descargos, sustituir, reasumir el poder, interponer recursos, proponer incidentes, allegar y solicitar pruebas, conciliar, transigir, desistir, recibir, retirar archivos, y en general para realizar cualquier otra actuación necesaria para el buen desempeño de su gestión. La apoderada no está facultada para confesar.

Sírvase reconocer personería a la abogada en los términos y condiciones previstos en este poder.

Atentamente,

CAMILO ANDRES HERNANDEZ CHACON
C.C. 80.135.288 de Bogotá
Representante legal Suplente
INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A

Acepto,

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO
CC No. 1.026.266.231 de Bogota.
T.P. No. 252.678 del C.S. de la J.

Lubin Alfonso
ELABORO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES
NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE VILLAVICENCIO

FIRMA REGISTRADA

Notaria 3ra
Villavicencio

El Notario Tercero del Círculo de Villavicencio
Previa la confrontación correspondiente declara que la firma que aparece en el presente documento corresponde a la autógrafa registrada ante mi por:

HERNANDEZ CHACON CAMILO ANDRES

Identificado con: C.C. 80135288

Villavicencio 2/08/2022

w0pa1zwwzw0zz

CAQR

www.notariaenlinea.com
4TLBUF5R9OS1PCJ6

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO 3o.
Villavicencio
CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO 3o.
Villavicencio
CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANóNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 892000401-7
ADMINISTRACIÓN DIAN : VILLAVICENCIO
DOMICILIO : VILLAVICENCIO

MATRICULA – INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 39356
FECHA DE MATRÍCULA : SEPTIEMBRE 09 DE 1993
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 28 DE 2022
ACTIVO TOTAL : 84,549,743,880.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CALLE 33 NO. 36-50 BARZAL
BARRIO : BARZAL
MUNICIPIO / DOMICILIO: 50001 - VILLAVICENCIO
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 6614400
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : jefe.contabilidad@clinicameta.co

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CALLE 33 NO. 36-50 BARZAL
MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO
BARRIO : BARZAL
TELÉFONO 1 : 6614400
CORREO ELECTRÓNICO : juridica@clinicameta.co

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : juridica@clinicameta.co

CERTIFICA – ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS

CERTIFICA – AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA – CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 144 DEL 11 DE MAYO DE 1971 OTORGADA POR Notaria Unica DE SAN MARTIN, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 828 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 18 DE MAYO DE 1971, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 144 DEL 11 DE MAYO DE 1971 OTORGADA POR Notaria Unica DE SAN MARTIN, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 828 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 18 DE MAYO DE 1971, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA.

CERTIFICA - RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA
Actual.) INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

CERTIFICA - CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3649 DEL 09 DE AGOSTO DE 1993 OTORGADA POR Notaria 2a. de V/CIO DE VILLAVICENCIO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9623 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 1993, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA POR INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

CERTIFICA - TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3649 DEL 09 DE AGOSTO DE 1993 OTORGADA POR Notaria 2a. de V/CIO DE VILLAVICENCIO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9623 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 1993, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : DE SOCIEDAD LIMITADA A SOCIEDAD ANONIMA.

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 3649 DEL 09 DE AGOSTO DE 1993 OTORGADA POR Notaria 2a. de V/CIO DE VILLAVICENCIO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 9623 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 1993, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : DE SOCIEDAD LIMITADA A SOCIEDAD ANONIMA.

CERTIFICA - REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO	INSCRIPCION		FECHA
EP-235	19710821	NOTARIA UNICA	SAN MARTIN	RM09-860	19710825
EP-235	19710821	NOTARIA UNICA	SAN MARTIN	RM09-860	19710825
EP-588	19810513	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9617	19730909
EP-588	19810513	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9617	19730909
EP-368	19731205	NOTARIA 9A. DE BOGOTA	VILLAVICENCIO	RM09-280	19740117
EP-368	19731205	NOTARIA 9A. DE BOGOTA	VILLAVICENCIO	RM09-280	19740117
EP-369	19731205	NOTARIA SEGUNDA	VILLAVICENCIO	RM09-281	19740117
EP-369	19731205	NOTARIA SEGUNDA	VILLAVICENCIO	RM09-281	19740117
EP-2914	19741206	NOTARIA PRIMERA	VILLAVICENCIO	RM09-449	19741219
EP-2914	19741206	NOTARIA PRIMERA	VILLAVICENCIO	RM09-449	19741219
EP-2992	19741216	NOTARIA PRIMERA	VILLAVICENCIO	RM09-459	19750121
EP-2992	19741216	NOTARIA PRIMERA	VILLAVICENCIO	RM09-459	19750121
EP-1264	19791009	NOTARIA SEGUNDA	VILLAVICENCIO	RM09-1614	19791024
EP-1264	19791009	NOTARIA SEGUNDA	VILLAVICENCIO	RM09-1614	19791024
EP-1561	19791211	NOTARIA SEGUNDA	VILLAVICENCIO	RM09-1671	19791218
EP-1561	19791211	NOTARIA SEGUNDA	VILLAVICENCIO	RM09-1671	19791218
EP-1404	19800910	NOTARIA UNDECIMA DEL CIRCULO DE BOGOTA	BOGOTA	RM09-2043	19810309
EP-1404	19800910	NOTARIA UNDECIMA DEL	BOGOTA	RM09-2043	19810309

		CIRCULO DE BOGOTA			
EP-710	19810605	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9618	19930909
EP-710	19810605	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9618	19930909
EP-1025	19870423	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9619	19930909
EP-1025	19870423	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9619	19930909
EP-2081	19910612	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9620	19930909
EP-2081	19910612	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9620	19930909
EP-2419	19910704	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9621	19930909
EP-2419	19910704	NOTARIA 2A. DE V/CIO.	VILLAVICENCIO	RM09-9621	19930909
EP-3649	19930809	NOTARIA 2A. DE V/CIO	VILLAVICENCIO	RM09-9623	19930909
EP-3649	19930809	NOTARIA 2A. DE V/CIO	VILLAVICENCIO	RM09-9623	19930909
EP-2999	20011206	NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	RM09-20812	20020207
EP-2999	20011206	NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	RM09-20812	20020207
EP-2999	20011206	NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO		RM09-20812	20020207
EP-2999	20011206	NOTARIA 2A. DE VILLAVICENCIO		RM09-20812	20020207
CE-1	20070313	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-28531	20070322
CE-1	20070313	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-28531	20070322
EP-3723	20110817	NOTARIA TERCERA	VILLAVICENCIO	RM09-38610	20111012
EP-3723	20110817	NOTARIA TERCERA	VILLAVICENCIO	RM09-38610	20111012
CE-	20120223	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-40957	20120313
CE-	20120223	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-40957	20120313
EP-1829	20130517	NOTARIA TERCERA	VILLAVICENCIO	RM09-45154	20130522
EP-1829	20130517	NOTARIA TERCERA	VILLAVICENCIO	RM09-45154	20130522
EP-2219	20140619	NOTARIA TERCERA	VILLAVICENCIO	RM09-49256	20140715
EP-2219	20140619	NOTARIA TERCERA	VILLAVICENCIO	RM09-49256	20140715
CC-1	20160330	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-57411	20160421
CC-1	20160330	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-57411	20160421
CE-	20170719	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-65774	20170817
CE-	20170719	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-65774	20170817
CE-1	20170914	REPRESENTANTE LEGAL	VILLAVICENCIO	RM09-66128	20170920
CE-1	20170914	REPRESENTANTE LEGAL	VILLAVICENCIO	RM09-66128	20170920
CE-	20180330	REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-69283	20180601
EP-3880	20180912	NOTARIA TERCERA DE VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	RM09-70633	20180928
CE-	20190330	CERTIFICADO REVISOR FISCAL	VILLAVICENCIO	RM09-74159	20190531

IO

CERTIFICA – VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 11 DE MAYO DE 2071

CERTIFICA – OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: ORGANIZAR Y MANTENER EN FUNCIONAMIENTO UNA CLINICA PARA PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES, PREVENTIVOS DOCENTES E INVESTIGATIVOS DE CARACTER PRIVADO.

CERTIFICA – CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	1.149.890.000,00	1.149.890,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	891.719.000,00	891.719,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	891.719.000,00	891.719,00	1.000,00

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA	CORREDOR HERNANDEZ JORGE LUIS	CC 17,326,498

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA	PARDO RODRIGUEZ JOSE IGNACIO	CC 17,337,792

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA	BOTERO MUZZULINI JAIME EDUARDO	CC 17,324,017

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA	ECHAVARRIA SALAZAR RAFAEL ZULIBAN	CC 72,143,154

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO PRINCIPAL DE JUNTA DIRECTIVA	BETANCUR CORREA RICARDO MARCELO	CC 79,555,498

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA – SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA	PARRADO AVENDANO TATIANA	CC 40,393,259

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA	GUTIERREZ HERNANDEZ JUAN CARLOS	CC 17,332,972

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA	CADENA EDUARDO GUILLERMO	CC 17,628,272

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA	HADAD LEWIS JUAN ANTONIO	CC 72,182,398

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92166 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
MIEMBRO SUPLENTE DE JUNTA DIRECTIVA	PORRAS SALAS MARTHA MILENA	CC 52,455,876

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL	CRUZ VEGA JORGE LUIS	CC 19,258,364

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	BEDOYA MASHUTH HUGO RAMIRO	CC 17,340,950

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	HERNANDEZ CHACON CAMILO ANDRES	CC 80,135,288

POR ACTA NÚMERO 481 DEL 08 DE FEBRERO DE 2017 DE REUNION EXTRAORDINARIA DE JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 60760 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 17 DE FEBRERO DE 2017,

FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE	CORREDOR HERNANDEZ JORGE LUIS	CC 17,326,498

CERTIFICA - FACULTADES Y LIMITACIONES

REPRESENTACIÓN LEGAL: LA SOCIEDAD TENDRÁ UN GERENTE QUE SERÁ EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA MISMA Y COMO TAL EL EJECUTOR Y GESTOR DE LOS NEGOCIOS Y DEMÁS ASUNTOS SOCIALES. ESTARÁ DIRECTAMENTE SUBORDINADO POR LA JUNTA DIRECTIVA Y DEBERÁ OÍR Y ACATAR EL CONCEPTO DE LA JUNTA DIRECTIVA CUANDO DE CONFORMIDAD CON LA LEY O CON LOS ESTATUTOS SEA NECESARIO Y EN TAL CASO OBRAR DE ACUERDO CON ELLOS. EL GERENTE TENDRÁ TRES (3) SUPLENTES DENOMINADOS SUPLENTE UNO, SUPLENTE DOS, Y SUPLENTE TRES, QUIENES LO REEMPLAZARÁN EN SU RESPECTIVO ORDEN DURANTE SUS FALTAS ABSOLUTAS TEMPORALES O ACCIDENTALES, ELEGIDOS EN LA MISMA FORMA QUE EL PRINCIPAL Y MIENTRAS CUALQUIERA DE ELLOS ESTÉ REMPLAZANDO AL GERENTE TENDRÁ LAS MISMAS FACULTADES Y LIMITACIONES QUE ESTE, PARA PROBAR LA AUSENCIA TEMPORAL O ABSOLUTA DEL GERENTE BASTARÁ LA SIMPLE AFIRMACIÓN DEL SUPLENTE, ATRIBUCIONES: EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES COMO ADMINISTRADOR Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD, EL GERENTE TENDRÁ LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES: 1) REPRESENTAR LEGALMENTE A LA SOCIEDAD, JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE, COMO PERSONA JURÍDICA Y USAR LA FIRMA SOCIAL; 2) CONVOCAR A LA ASAMBLEA GENERAL Y A LA JUNTA DIRECTIVA, TANTO EN SUS REUNIONES ORDINARIAS COMO EXTRAORDINARIAS; 3) PRESENTAR A LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS EN SUS REUNIONES ORDINARIAS, UN INFORME DETALLADO SOBRE LA MARCHA DE LA COMPAÑÍA; 4) PRESENTAR A LA JUNTA DIRECTIVA LOS BALANCES DE PRUEBA MENSUALES Y LAS CUENTAS E INFORMES DE LA COMPAÑÍA; 5) MANTENER A LA JUNTA DIRECTIVA PERMANENTE Y REALMENTE INFORMADA SOBRE LOS NEGOCIOS SOCIALES Y SUMINISTRARLES LOS DATOS QUE ELLA REQUIERA; 6) CONSTITUIR, MANDATARIOS QUE REPRESENTEN A LA SOCIEDAD EN NEGOCIOS JUDICIALES O EXTRAJUDICIALES Y DELEGARLE LAS FUNCIONES O FACULTADES NECESARIAS DE QUE EL MISMO GOZA; DESIGNAR, EN CASOS URGENTES, LOS MANDATARIOS QUE SE NECESITEN Y DARLE CUENTA INMEDIATA A LA JUNTA DIRECTIVA. 7). CELEBRAR O EJECUTAR, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, LOS CONTRATOS O ACTOS DE ADQUISICIÓN, ENAJENACIÓN Y CONSTITUCION DE GRAVAMENES DE BIENES RAICES, CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTÍA, O CUALQUIER OTRO CONTRATO CUYA CUANTIA SUPERE LOS CINCO MIL OCHENTA Y NUEVE (5089) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES. 8). ENAJENAR O GRAVAR LA TOTALIDAD DE LOS BIENES SOCIALES PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. 9). ARBITRAR O TRANSIGIR LAS DIFERENCIAS DE LA SOCIEDAD CON TERCEROS, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA; 10). NOMBRAR Y REMOVER LIBREMENTE EL PERSONAL SUBALTERNO QUE SEA NECESARIO PARA LA CUMPLIDA ADMINISTRACIÓN DE LA SOCIEDAD; 11) EN EJERCICIO DE ÉSTAS ATRIBUCIONES, CON LAS LIMITACIONES YA ESPECIFICADAS Y LAS QUE ADELANTE SE ESPECIFIQUEN, PODRÁ COMPRAR O ADQUIRIR A CUALQUIER TÍTULO BIENES O INMUEBLES, VENDER O ENAJENAR A CUALQUIER TÍTULO LOS BIENES MUEBLES O INMUEBLES DE LA SOCIEDAD, DARLOS EN PRENDA, GRAVARLOS O HIPOTECARLOS, ALTERAR LA FORMA DE LOS BIENES RAÍCES POR NATURALEZA O DESTINO Y DAR O RECIBIR EN MUTUO CANTIDADES DE DINERO, HACER DEPÓSITOS BANCARIOS, FIRMAR TODA CLASE DE TÍTULOS VALORES Y NEGOCIARLOS, GIRARLOS, ACEPTARLOS, ENDOSARLOS, PAGARLOS, PROTESTARLOS, DESCARGARLOS, TENERLOS, ETC., COMPARECER A LOS JUICIOS DONDE SE DISCUTA LA PROPIEDAD DE LOS BIENES SOCIALES O CUALQUIER DERECHO DE LA COMPAÑÍA, TRANSIGIR, COMPROMETER, DESISTIR, NOTAR, RECIBIR, INTERPONER LOS RECURSOS DE CUALQUIER GÉNERO EN TODOS LOS NEGOCIOS O ASUNTOS DE CUALQUIER ÍNDOLE QUE TENGA PENDIENTE LA SOCIEDAD, REPRESENTARLA ANTE CUALQUIER CLASE DE FUNCIONARIO, TRIBUNAL O AUTORIDAD PERSONA JURÍDICA O NATURAL, ETC., Y EN GENERAL ACTUAR EN LA ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES 12). CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LAS DECISIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y DE LA JUNTA DIRECTIVA; 13). LAS DEMÁS QUE LE CONFIEREN LAS LEYES Y LOS ESTATUTOS Y LAS QUE LE CORRESPONDAN POR LA NATURALEZA DE SU CARGO. 14.) LIMITACIÓN EXPRESA PARA QUE LOS NEGOCIOS O ACTOS JURÍDICOS SUSCRITOS POR EL GERENTE SEAN VÁLIDOS, DEBERÁ SUSCRIBIRLOS JUNTO CON UNO DE SUS SUPLENTES, POR LO QUE SE ENTIENDE QUE LA SOCIEDAD SOLO SE VERÁ OBLIGADA CUANDO LA FIRMA DEL GERENTE SE ENCUENTRE ACOMPAÑADA DE LA FIRMA DE CUALQUIERA DE SUS SUPLENTE, SIENDO REQUISITO DE VALIDEZ DOS FIRMAS PARA CUALQUIER DOCUMENTO SUSCRITO POR LA SOCIEDAD Y QUE GENERE OBLIGACIÓN PARA LA MISMA. LA MISMA REGLA SE APLICARA CUANDO CUALQUIERA DE LOS SUPLENTES ESTE REEMPLAZANDO AL GERENTE.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 95 DEL 26 DE MARZO DE 2022 DE ASAMBLEA GENERAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92164 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL	STERLING & ASOCIADOS AUDITORES Y	NIT 900337355-1	

CONSULTORES TRIBUTARIOS S.A.S.

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE ABRIL DE 2022 DE CERTIFICACION, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92165 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL	ALVAREZ CESPEDES YEISON GUILLERMO	CC 86,056,962	173255-T

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR DOCUMENTO PRIVADO NÚMERO 1 DEL 01 DE ABRIL DE 2022 DE CERTIFICACION, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 92165 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE JUNIO DE 2022, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL SUPLENTE	GALINDO RIOS CLAUDIA PATRICIA	CC 40,216,059	101788-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CLINICA META
MATRICULA : 160
FECHA DE MATRICULA : 19720328
FECHA DE RENOVACION : 20220328
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CALLE 33 NO. 36-50_BARZAL
BARRIO : BARZAL
MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO
TELEFONO 1 : 6614400
TELEFONO 3 : 6614400
CORREO ELECTRONICO : jefe.contabilidad@clinicameta.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 0

CERTIFICA - SUCURSALES Y AGENCIAS

QUE ES PROPIETARIO DE LAS SIGUIENTES SUCURSALES Y AGENCIAS EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE :** CONSULTA EXTERNA CLINICA META
CATEGORÍA : SUCURSAL
MATRÍCULA : 378711
FECHA DE MATRÍCULA : 20200930
FECHA DE RENOVACIÓN : 20220328
ÚLTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CALLE 32 33 17 TRECER PISO BRR BARZAL
MUNICIPIO : 50001 - VILLAVICENCIO
TELÉFONO 1 : 6614400
CORREO ELECTRÓNICO : juridica@clinicameta.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion
ACTIVOS VINCULADOS : 10,000,000

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es GRAN EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $81,875,870,483
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES CON DESTINO A AFILIADOS

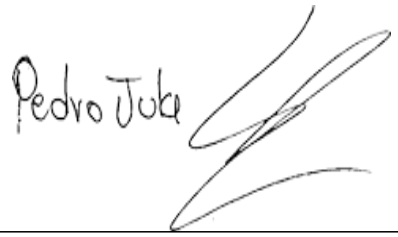
IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siivillavicencio.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación rDsPfKFFjC

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.266.231

PINILLA OCAMPO

APELLIDOS

MELISSA JULIETH

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1989
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

20-NOV-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00129687-F-1026266231-20081119 0006367242A 1 23857953

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
MELISSA JULIETH

APELLIDOS:
PINILLA OCAMPO

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
WILSON RUIZ OREJUELA

UNIVERSIDAD	FECHA DE GRADO	CONSEJO SECCIONAL
SANTO TOMAS V/CIO	12 de diciembre de 2014	META

CEDULA	FECHA DE EXPEDICION	TARJETA N°
1026266231	17 de febrero de 2015	252678

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

Señores
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VILLAVICENCIO
E.S.D.

CLASE DE PROCESO: DECLARATIVO-RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL.

DEMANDANTE: AMAURY PAUTT PUPO Y OTROS Y OTROS (en adelante el o la "Demandante").

DEMANDADO: INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. (en adelante el "Demandado" o la "Clínica Meta") Y OTROS.

RADICADO: 5000131530002 **2022 00150 00**.

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO, domiciliada en Villavicencio, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.026.266.231 de Bogotá, portadora de la tarjeta profesional de abogado número 252.678 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado judicial de **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.**, de conformidad con el poder presentado en su Despacho, estando dentro de la oportunidad legal, me permito presentar **ESCRITO DE CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**, en los términos que se exponen a continuación.

I. OPORTUNIDAD

De conformidad con el artículo 6 del Decreto número 806 del 4 de junio de 2020, "*el demandante, al presentar la demanda, simultáneamente deberá enviar por medio electrónico copia de ella y de sus anexos a los demandados*", dichos documentos fueron enviados al correo registrado en el certificado de existencia y representación de la Cámara y Comercio el día seis (06) de junio de 2022, el precitado articulo también indica "*En caso de que el demandante haya remitido copia de la demanda con todos sus anexos al demandado, al admitirse la demanda la notificación personal se limitará al envío del auto admisorio al demandado"*, auto que fue notificado el día once (11) de julio de 2022, corriendo el termino de veinte (20) días para dar por contestada la demanda, teniendo en cuenta lo anterior se presenta de manera oportuna la presente contestación a la demanda.

II. SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Me permito pronunciarme respecto de los hechos de la demanda en los siguientes términos:

HECHO PRIMERO: NO NOS CONSTA, nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso con las pruebas pertinentes para tal fin y que acrediten la edad de la señora MARLENY SABOGAL VIGOYA (Q,E.P.D) al momento de los hechos.

HECHO SEGUNDO: NO NOS CONSTA. Son hechos que ocurrieron fuera de las instalaciones de nuestra institución, razón por la cual no podemos pronunciarnos sobre la veracidad de lo aquí consignado, en consecuencia nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso, mediante las pruebas pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

HECHO TERCERO: NO NOS CONSTA. Son hechos que ocurrieron fuera de las instalaciones de nuestra institución, razón por la cual no podemos pronunciarnos sobre la veracidad de lo aquí consignado, en consecuencia nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso, mediante las pruebas pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

HECHO CUARTO: NO NOS CONSTA. Son hechos que ocurrieron fuera de las instalaciones de nuestra institución, razón por la cual no podemos pronunciarnos sobre la veracidad de lo aquí consignado, en consecuencia nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso, mediante las pruebas pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

HECHO QUINTO: NO NOS CONSTA. Son hechos que ocurrieron fuera de las instalaciones de nuestra institución, razón por la cual no podemos pronunciarnos sobre la veracidad de lo aquí consignado, en consecuencia nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso, mediante las pruebas pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

HECHO SEXTO: NO NOS CONSTA. Son hechos que ocurrieron fuera de las instalaciones de nuestra institución, razón por la cual no podemos pronunciarnos sobre la veracidad de lo aquí consignado, en consecuencia nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso, mediante las pruebas pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

HECHO SEPTIMO: ES CIERTO.

HECHO OCTAVO: PARCIALMENTE CIERTO. La entonces paciente ingreso al área de trauma y reanimación de nuestra institución en su evolución POP cirugía plástica extra institucional, en pésimas condiciones generales las cuales estuvieron condicionadas por la evolución de su cirugía, en la instancia en nuestra institución su evolución es tórpida pese al esfuerzo del personal asistencial y medico de nuestra institución.

La paciente presento el siguiente cuadro clínico:

- 25/07/2012 a las 23:46: ingresa a la Clínica meta en malas condiciones generales, con mal patrón respiratorio con tendencia al deterioro lo que requirió intubación orotraqueal, y hemorragia. (HC. Pág. 2)
- 26/07/2012 a las 02:34: paciente que requirió ingreso a Unidad de cuidados intensivos, con cuadro clínico consistente en diaforesis, taquicardia, sin respuesta neurológica con posterior deterioro hemodinámico, falla ventilatoria, reanimación con líquidos endovenosos, hiopotensa, hipoperfundida, con acidemia metabólica severa, trastorno de la oxigenación, hipocapnica, hipoxica. (HC. Pág. 10 y 11)
- 26/07/2012 a las 11:26: paciente con falla ventilatoria tipo1, shock hipovolémico vs cardiogenico, tromboembolismo pulmonar (TEP) de probabilidad baja, anemia, academia metabólica severa, situación con tendencia a la evolución tórpida por sus antecedentes de obesidad mórbida y alcoholismo. (HC. Pág. 15 y 16)
- 26/07/2012 a las 23:16: paciente en pésimo estado general continua hemodinamicamente muy inestable con requerimiento de triple inotropia a dosis altas, no responde a volumen ni a administración de hemoderivados, acoplada al ventilador, los gases arteriales de control evidenciaron acidosis metabólica severa aunque menos severos que los de la mañana con persistencia de severo trastorno de la oxigenación a pesar de altos parámetros ventilatorios; hiperglicemia leve aun no iniciamos nutrición enteral por hipo perfusión enteral; neurológico bajo sedación, eutermica, por disfunción renal titulamos dosis de vancomicina; anurica a pesar de alto aporte hídrico, iniciamos infusión de furesemida; se están transfundiendo hemoderivados en pop inmediato con los hallazgos descritos; continua manejo en uci con multisoportes pronostico vital reservado. (HC. Pág. 27)

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

- 27/07/2012 a las 17:12: hipovolémica, anémica y en shock con marcada acidosis metabólica la cual se vio empeorada por sangrado en cavidad abdominal, con soporte pulmonar con ventilación, parálisis muscular con pancuronio y anurica. (HC. Pág. 42)
- 27/07/2012 a las 20:46: falla ventilatoria tipo I, choque hipovolémico, TEP de baja probabilidad, trombo embolismo graso, anemia segundaria, trombocitopenia, academia metabólica severa, hematoma pared abdominal, síndrome de disfunción orgánica múltiple (cerebro, corazón, riñón, pulmón), insuficiencia renal aguda. (HC. Pág. 45)
- 28/07/2012 a las 10:26: choque hipovolémico, síndrome de disfunción orgánica múltiple (renal, cardiovascular, hematológico, pulmonar, hepático), sepsis de origen en tejidos blandos, evolución tórpida, desfavorable, hemodinamicamente soportada con vasopresor, con soporte respiratorio, leucositosis, tequicardica, con síndrome de respuesta inflamatoria, sangrado abdominal procedente de la pared interior del abdomen. (HC. Pág. 50 y 51)
- 28/07/2012 a las 18:02: choque por hipovolemia, falla orgánica múltiple por hiperfusión e isquemia, falla renal aguda con necrosis tubular aguada, hepatitis isquémica, anemia, hemodinamicamente inestable, con soporte ventilatorio. (HC. Pág. 55)
- 29/07/2012 a las 12:33: edema generalizado, se desatan vendajes en abdomen encontrando borde de hernia limpios, sin sangrado activo, sin signos de necrosis grasa, con equimosis mínimas en borde caudal del colgajo, tejido subcutáneo y capas de grasa de aspecto vital, no hay signos de fascitis, no hay celulitis ni abscesos, no hay secreción fétida, se encuentran compresas impregnadas en sangre, con edema esperable a estado actual, sin sangrado intrabdominal evidenciado en bolsa, paciente bajo sedación, obesidad mórbida, con orina concentrada mucho más clara que el día anterior, la tensión arterial y frecuencia cardiaca han tendido a la hiperdinamia, con estabilidad hemodinámica, se presenta disminución de sangrado en capa, electrolitos normales, desde el punto de vista infeccioso no se ha presentado fiebre, la leucocitosis pero con tendencia a la disminución, en falla multisistemica por shock hemorrágico, según información de los familiares tenia anemia severa. (HC. Pág. 61 y 62)
- 29/07/2012 a las 13:12: choque hipovolémico, necrosis tubular aguda, síndrome de disfunción orgánica múltiple, paciente en mal estado, con leve mejoría clínica, sangrado ceso, la cuagulopatia en reverso. (HC. Pág. 62 y 63)
- 30/07/2012 a las 17:05: se hace revisión de cavidad por parte de cirugía se tiene como hallazgo necrosis de colon y de íleon. (HC. Pág. 69 y 70)
- 30/07/2012 a las 20:53: evolución tórpida, dada su inestabilidad hemodinámica no se puede llevar a TAC, se solicita valoración por neurología para definir muerte cerebral ya que no tiene reflejos clínicos ni actividad neurológica. (HC. Pág. 76)
- 31/07/2012 a las 08:48: extremidades con edema que ha aumentado, palidez mucocutanea, requirió nuevamente soporte inotrópico, con anemia severa sin sangrado, prolongación de pruebas de coagulación, agravamiento de su falla renal, leucocitosis en aumento, acidosis metabólica compensada con trastorno severo de la oxigenación, ausencia de respuesta neurológica. (HC. Pág. 78)
- 31/07/2012 a las 16:33: se encuentra en coma no reactivo, ausencia de todos los reflejos del tallo cerebral, ausencia de movimientos oculocefalogiros y pruebas vestibulares negativas, ausencia de automatismo respiratorio, es un cuadro clínico de muerte encefálica. (HC. Pág. 80)

En este orden de ideas y en atención a la evolución de la paciente relacionada en las notas anteriores, debe aclararse que la paciente presento complicaciones derivadas de su recuperación POP dermolipectomia y liposucción, en nuestra institución desde su ingreso se brindó una atención adecuada y oportuna atendiendo la evolución tórpida de su cuadro clínico, lastimosamente y pese al esfuerzo del grupo médico especializado el personal asistencial, el estado de la paciente siempre evoluciono con tendencia a la gravedad lo que llevo a su fallecimiento que se encontró además de la

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

cirugía estética extra institucional condicionado a sus antecedentes de obesidad mórbida, anemia y presunto alcoholismo severo socializado por médico cirujano plástico extra institucional.

Así las cosas debe aclararse que la evolución de la paciente y su trágico desenlace no obedeció a condiciones intrainstitucionales, ya que como se evidencia en cada registro de la historia clínica de la paciente, cada complicación que presento fue atendida de la mano de la especialidad pertinente y junto con todos los recursos de nuestra institución, lamentablemente su evolución después de la cirgugia extrainstitucional fue tórpida y fatal.

HECHO NOVENO: ES CIERTO.

HECHO DÉCIMO: NO ES CIERTO. Debe aclararse que contrario a lo afirmado por la parte demandante, el registro de la hora de fallecimiento no es el indicado en este hecho, para aclarar este punto debemos remitirnos a la siguiente nota de la historia clínica:

> Agt. 01/2012 DUQUE CRIOLLO JOSÉ WILSON: "*SIENDO LAS 13+30 H. SE ATIENDE LLAMDO DE ENFERMERIA , ENCONTRANDO PCTE EN ASITOLIA CON LINEA ISOELECTRICA PLANA CON TA DE (O) CERO. FRECCARDIACA DE DE CERO , (O) CON DX. DE MUERTE CEREBRAL HECHA POR GASES ARTERIALES AL DIA ANTERIOR, EN DONDE EL REhPORTE ES POSITIVO PARA MUERTE CEREBRAL .*
> *EN HORAS DE LA TARDE , DEL MISMO DIA ES VALORADA POR DR JUAN CARLOS MENENDEZ , NEURO- CIRUJANO QUINE CNFIRMA DX. DE MUERTE CEREBRAL . EN LA TARDE DEL DIA 31/07/2012 Y RECONFIRMA DX . EN LA MAnANA SIGUIENTE .*
> *. SE LE SOLICITO CONCEPTO A NEUROLOGO DE TURNO DR . ROBERTO ORTEGA QUIEN CONFIRMA DIAGNOSTICO DE MUERTE CEREBRAL.*
> *POR TANTO , PREVIA VALORACION MEDICA SOBRE LAS 13+30 H , SE CONFIRMA SU FALLECIMIENTO NO SE LE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION .*
> *SOBRE LAS 13+30 H. SE CONFIRMA PCTE FALLECIDA SE LE INFORMA A LA FAMILIA PARA QUE EN LA UNIDAD VERIFIQUE SU FALLECIMIENTO. SOBRE LAS 14+40 DE LA TARDE NO HA SUBIDO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NINGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA PARA Q VERIFIQUE SU FALLECIMIENTO, POR LO QUE SE SE INTENTA NUEVAMENTE COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES DE LA PCTE .*"

Así las cosas puede evidenciarse la hora del fallecimiento de la paciente y las razones por las cuales sus familiares se enteraron tiempo después.

HECHO DÉCIMO PRIMERO: ES CIERTO. Según el documento que forma parte de los anexos de la demanda.

HECHO DÉCIMO SEGUNDO: NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, por ser hechos ajenos del conocimiento de nuestra Institución.

HECHO DECIMO TERCERO: NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso, por ser hechos ajenos del conocimiento de nuestra Institución.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

HECHO DECIMO CUARTO: NO ES CIERTO. En lo que concierne a la atención prestada en las instalaciones de la clínica meta, contrario a las afirmaciones carentes de sustento realizadas por la parte de demandante en el presente hecho se realizó de manera oportuna y diligente, atendiendo el cuadro clínico con el que ingreso la entonces paciente y sobre todo las complicaciones que presento derivadas del delicado estado en el que ingreso en su POP cirugía estética extrainstitucional.

Pese a ello y en virtud del derecho que le asiste a la Institución que represento, tachamos de plano sus afirmaciones ya que están lejos de ajustarse a la realidad, como sustento a nuestra posición solicito a Despacho tener en cuenta que dentro de este tipo de procesos el acto médico es el centro del escrutinio sobre el cual se analizara la responsabilidad y por tanto a partir de este se valorara si el actuar del galeno fue conforme a lo establecido por la Lex Artis o aquella fue violentada, Ahora bien, el acto médico tal como lo delimita Jaramillo Jaramillo "*Se trata de un conjunto de acciones u omisiones – acto en sentido lato- que realiza el galeno en desarrollo o ejercicio de su profesión, con fundamento en sus conocimientos técnicos (profesionales), con el propósito de preservar la vida y la integridad física – y psicológica- del ser humano, coordenadas de su sacro oficio*", motivo por el cual se debe recalcar que no podrá ser nombrado o apedillado de acto médico lo que no esté conectado genética y funcionalmente con la ley del arte médico. (Jaramillo C. I., 2011)

Conforme a lo anterior y como quedara probado en este proceso, el fallecimiento de la paciente no se puede atribuir a un actuar negligente del personal médico y asistencial de nuestra Institución, sino como una complicación de la cirugía estética que se condiciono por factores propios de la entonces paciente como su obesidad mórbida y la anemia que presentaba, lo cual llevo a que su evolución fuera tórpida pese al constante esfuerzo del personal médico quien puso a su total disposición su conocimiento y experiencia y todos los recursos físicos y técnicos con la firme intención de salvar a la paciente, sin que haber alcanzado un resultado diferente pueda catalogarse

HECHO DECIMO QUINTO: ES CIERTO.

III. SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

NOS OPONEMOS A TODAS Y CADA UNA DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA, toda vez que el Demandado actuó conforme con la *lex artis,* con la capacidad médica y tecnológica de acuerdo con su nivel de atención, por lo que no hay ningún actuar culposo que pueda se le pueda endilgar, por el contrario, actuó de forma diligente y cuidadosa en la atención del Paciente.

SOLICITO que se declaren probadas las excepciones de mérito que más adelante formulo, y en consecuencia se absuelva al Demandado de las pretensiones de la Demandante, respecto de las cuales me permito pronunciarme siguiendo el orden numérico del escrito de demanda:

1. **NOS OPONEMOS.** La atención brindada a la paciente MARLENY SABOGAL VIGOYA (Q,E.P.D) por parte del Demandado, se realizó de manera oportuna, conforme con los protocolos de la materia y la *lex artis*. Tal como consta en la historia clínica, desde su ingreso la paciente fue valorada por el personal médico profesional del Demandado y por especialistas, según se requirió. No obstante, desde su ingreso, la paciente MARLENY SABOGAL VIGOYA (Q,E.P.D) presentaba un cuadro clínico complejo agravado por sus antecedentes.. **Mi representada, solo es responsable por su actuar y no puede ser responsable por culpas de terceros con ocasión a la cirugía plástica extrainstitucional de la paciente** MARLENY SABOGAL VIGOYA (Q,E.P.D)
2. En consecuencia con lo anterior **NOS OPONEMOS** a las pretensiones condenatorias.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

Sin perjuicio de la posibilidad que tiene el Despacho de declarar oficiosamente las excepciones de mérito, cuyos hechos constitutivos se encuentren probados en el proceso según lo normado por el artículo 282 del Código General del Proceso, me permito formular las siguientes:

4.1. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LEGALES Y CONTRACTUALES POR PARTE DEL DEMANDADO Y CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS LEGALES Y HABILITACIÓN PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD EN LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LOS QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO

El Demandante pretende una indemnización de perjuicios, partiendo de una supuesto error y deficiencia en la prestación de los servicios médicos al Paciente.

Como quedará probado en el curso de este proceso, el Demandado cumplió de manera diligente y oportuna con sus obligaciones como Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con las disposiciones contenidas en el Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, **medicamentos, entre otros**, por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, siempre y cuando cuente con las autorizaciones necesarias dadas al paciente por parte de la Entidades Promotoras de Salud.

En concordancia con lo anterior, puede concluirse que el Demandado no incumplió con sus obligaciones legales y contractuales, **el personal médico prestó la atención en salud conforme con los parámetros médicos, el nivel II de atención de la Institución y el cuadro clínico que presentó el Paciente durante su estancia en la Clínica Meta**, por lo que no puede atribuirse a esta ningún tipo de responsabilidad por acción u omisión, por el contrario, su actuar estuvo acorde a los protocolos y guías aplicables a los síntomas que presentó el Paciente.

Deberá tener en cuenta el Despacho que el equipo médico que atendió al Paciente es conformado por profesionales con una formación idónea para el cargo desempeñado; además de contar con una reconocida experiencia profesional. El Demandado cumplió con todos los parámetros legales para prestar servicios de salud, según los servicios requeridos por la Demandante.

La coherencia, pertinencia, seguimiento y continuidad del manejo del paciente estuvieron acorde al nivel de atención del Demandado y su tecnología. La cual se puso a disposición del Paciente, así como la práctica de todos los exámenes médicos que corroboraban que su cuadro clínico se ajustaba al diagnóstico de dengue.

El Demandado cuenta con la correspondiente habilitación por parte de la Secretaría de Salud del Meta para la prestación de servicios de salud como Institución Prestadora de Servicios y para la prestación del servicio de urgencias, entre otros, que se anexa con el presente escrito de contestación de demanda.

4.2. OBLIGACIÓN DE MEDIO – ACTUACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DEL DEMANDADO CONFORME CON LA *LEX ARTIS*

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

El Paciente, recibió la atención por parte del personal asistencial médico del Demandado, conforme con los protocolos existentes en la materia, sin que los médicos pudieran garantizar un resultado ante las situaciones fortuitas que se presentaron en la evolución de su cuadro clínico.

Es de anotar que el diagnóstico del Paciente se ajustó a la *lex artis*, protocolos y guías de manejo califican como un diagnóstico de dengue, de igual manera, el plan de manejo se enfocó en abordar cada una de las complicaciones que presentaba el Paciente de manera diligente y adecuada.

Deberá tener en cuenta el Despacho, que el médico no puede comprometerse a otorgar un resultado determinado, en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento, el cual está plagado de riesgos considerables, riesgos propios de la práctica médica.

Y es que el médico contrae frente al paciente una ***obligación de medio***, y no de resultado, lo que corresponde a desplegar todos los medios y acciones posibles para mejorar el estado de salud y salvaguardar la vida de los pacientes, lo cual no significa que las ocurrencias de situaciones adversas signifiquen un incumplimiento.

Sobre el particular, ha señalado la Jurisprudencia:

> *"Considerar que la obligación medica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo,* ***por lo cual NO ES DE RECIBO, pues resulta claro que en esta manera el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es el quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no pueden imputarse a un comportamiento irregular de la entidad****"* (Sentencia de veinticuatro (24) de agosto de 1998. Expediente No. 11.833 C.P. Jesús María Carrillo Ballesteros). -Negrilla, Mayúscula y Subraya Nuestra-

La Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio en las siguientes sentencias:

- Sentencia del día trece (13) de septiembre de 2002 (Radicado No. 6199). Sala de Casación Civil de la C.S.J. M.P. Nicolás Bechara Simancas:

> *"En la forma en que lo tiene establecido la doctrina y la jurisprudencia, en el campo de la responsabilidad civil, el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerro de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de esta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico-patológicas. A este respecto la jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia de 5 de marzo de 1940 ha sostenido con no pocas vacilaciones, que* ***la responsabilidad civil de los médicos (contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada,*** *salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación esta se incumple, cual sucede, por ejemplo,*

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

> *con las obligaciones llamadas de resultado; criterio reiterado en términos generales por la Sala en su fallo del 30 de enero de 2001 (Exp 5507) en el que esta puntualizo la improcedencia de aplicar en esta materia, por regla de principios, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del Código Civil al sostener que, de conformidad con el inciso final de dicho precepto, priman sobre el resto de su contenido "las estipulaciones de las partes" que sobre el particular existan, añadiendo por lo consiguiente y no sin antes reconocer la importancia de la Doctrina que diferencia entre las obligaciones de medio y de resultado, que "lo fundamental esta en identificar el contenido y el alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto porque es este contrato especifico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran la responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico especifico excepciones en general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil, conforme lo autoriza el inciso final de la norma".*

Así la cosas, es evidente que la Clínica Meta brindó de manera inmediata, pronta y especializada un monitoreo constante al Paciente, con diferentes especialistas y realizó los procedimientos que le eran exigibles.

Por lo anterior, al tratarse de un sistema de CULPA PROBADA, deberán probarse las circunstancias de tiempo, modo y lugar a partir de la cual se pretenda atribuir responsabilidad al Demandado.

En concordancia con lo anterior, se cita la siguiente sentencia de la Honorable Corte Suprema de justicia en línea jurisprudencial, reiterada en su más reciente pronunciamiento SC003-2018 del 12 de enero de 2018 (Radicación No. 11001-31-03-032-2012-00445-01)

> *"causada una lesión o menoscabo en la salud, con ese propósito, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjetiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado). En el campo dicho, porque el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, alusiva al talento humano en salud, con la modificación introducida por el canon 104 de la Ley 1438 de 2011, establece que la relación médico-paciente "genera una obligación de medio"* (Subrayado fuera del texto).

El personal asistencial médico del Demandado que prestó los servicios al Paciente fue personal idóneo y acreditado para ejercer la profesión. En relación con el presente caso, es evidente que no se obró negligentemente ni hubo una falla en la prestación del servicio. Por el contrario, la Paciente fue atendida diligentemente y el daño sufrido no fue producto de atención inadecuada.

4.3. DILIGENCIA Y CUIDADO EN EL ACTUAR DE LOS MÉDICOS TRATANTES

La atención medica que se prestó a la Paciente en las instalaciones de la Clínica Meta, se dio atendiendo los síntomas con los cuales ingresó y la evolución de su cuadro clínico, lo anterior acompañado del resultado de exámenes diagnósticos que encaminaron a los médicos tratantes a un

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

cuadro sugestivo de dengue, diagnóstico que se soportó en los protocolos y guías de manejo médico, con base en la sintomatología del Paciente.

Para sustentar nuestra posición ante las afirmaciones de la parte Demandante procederemos a presentar verdaderos argumentos que dejan sin piso las pretensiones incoadas, los cuales trabajaremos en el siguiente orden:

1. Diligencia y cuidado en la prestación del servicio de salud.

Como quedará probado en el curso de este proceso el Demandado cumplió de manera diligente y oportuna con sus obligaciones contractuales como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), de conformidad con las disposiciones contenidas en el Decreto 1485 de 1994 y artículo 185 de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen dentro de sus funciones la administración del sistema de salud, lo cual comprende entre otros, autorizar las ordenes que requieran los pacientes respecto a exámenes, cirugías, traslados, medicamentos, entre otros, por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades encargadas de prestar los servicios de salud, siempre y cuando cuenten con las autorizaciones necesarias dadas al paciente por parte de la Entidades Promotoras de Salud (EPS).

En concordancia con lo anterior, puede concluirse que el Demandado no incumplió en ningún momento con sus obligaciones legales y contractuales, **el personal médico prestó la atención en salud conforme con los parámetros médicos y el nivel II de atención de la Institución**, por lo que no puede atribuirse a la misma ningún tipo de responsabilidad por acción u omisión.

Deberá tener en cuenta el Despacho que los médicos tratantes, son profesionales con una formación idónea para el cargo desempeñado además de contar con una reconocida experiencia profesional. Mi representada, cumplió con todos los parámetros legales para prestar servicios de salud, según la atención médica requerida por la Paciente.

El Demandado cuenta con la correspondiente habilitación por parte de la Secretaría de Salud del Meta para la prestación de servicios de salud como Institución Prestadora de Servicios (IPS) y para la prestación del servicio de urgencias, entre otros (**Anexo No. 1**).

Por el contrario, realizando un análisis sistemático de la historia clínica y sus soportes, evidencian que la prestación del servicio de salud en las Instalaciones de la Clínica Meta, fue realizado adecuadamente ajustado al cuadro clínico con el que ingreso, la información recaudada y a los exámenes practicados, esto permitió brindar una atención ajustada a lo que el Paciente padecía en cada atención.

4.4. EVENTUAL RECONOCIMIENTO DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES DEBE SER ACORDE CON LOS LÍMITES JURISPRUDENCIALES Y DEBE ESTAR PROBADO

La jurisprudencia ha reconocido el daño moral como *petitumdoloris,* cuya tasación está atribuida al *arbitrio judice,* reconociéndose esta clase de perjuicios conforme con los lineamientos jurisprudenciales, que han establecido un reconocimiento máximo de 100 SMLMV, perjuicios que en todo caso deberán estar probados.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

Sobre este tema, ha señalado la Jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del día cinco (5) de mayo de 1999:

> *Corte Suprema de Justicia, 1990: "Para su cuantificación sigue imperando el prudente arbitrio judicial, que no es lo mismo que veleidad o capricho. Los topes numéricos que periódicamente viene indicando la Corte, no son de obligatorio cumplimiento para los juzgadores de instancia, pero sí representa una guía". (CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del. 28 de febrero de 1990. M.P. Héctor Marín Naranjo. Gaceta judicial T. CC. p. 79).*
>
> *El que el juez una vez probada la existencia del daño moral deba fijar su cuantía no hace que la reparación sea ilimitada o dejada a la imaginación del juez ni significa que "esa clase de reparación sea ilimitada, bastándole por lo tanto a los demandantes, en un caso dado, reclamarla para dejarle el resto a la imaginación, al sentimiento o al cálculo generoso de los jueces llamados a imponer su pago. […] toda vez que -para decirlo con palabras de la Corte "es apenas su cuantificación monetaria, y siempre dentro de restricciones caracterizadamente estrictas, la materia en la que al juzgador le corresponde obrar según su prudente arbitrio..." (C. S. J., Auto del día trece (13) de mayo de 1988 -sin publicar-). CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil, Sentencia de noviembre 25 de 1992, expediente 3382, M.P. Carlos Esteban Jaramillo S.*
>
> *"(...)en el caso sub judice existía prueba psiquiátrica del dolor moral de la demandante, razón por la cual la corte otorgó una indemnización de diez millones de pesos, que en cierta forma rompe los límites tradicionalmente venía aplicando la corporación (...)".*
>
> *"(...)<u>la indemnización del daño moral, más que ostentar un carácter resarcitorio propiamente dicho, cumple una función "satisfactoria", (...) su cuantificación no puede quedar librada al solo capricho del juzgador</u>; por el contrario, la estimación de esa especie de perjuicio debe atender criterios concretos como la magnitud o gravedad de la ofensa, el carácter de la víctima y las secuelas que en ella hubiese dejado el evento dañoso e, inclusive, en algunos casos, por qué no, la misma identidad del defensor, habida cuenta que ciertos sucesos se tornan más dolorosos dependiendo de quién los haya causado(...)la cuantificación del perjuicio moral no es asunto que la ley hubiese atribuido al antojo judicial (...) al pretender asentarlo sobre la veleidad del juez, se le despoja de su carácter técnico y acaba teniéndose como una merced ligada a criterios extrajurídicos como la compasión o la lástima. Por el contrario en la medida en que la indemnización del perjuicio moral sea examinada en su verdadera entidad y se advierta en ella la satisfacción de un daño real y cierto, podrá el sentenciador calcular adecuadamente su monto.*
>
> *(...) los perjuicios morales subjetivos están sujetos a prueba, (...)".*

Los perjuicios morales pretendidos por cada uno de los Demandantes deberán estar debidamente probados, toda vez que no basta con afirmar la existencia de un vínculo de consanguinidad. Como lo

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

ha reconocido la jurisprudencia es necesario probar la cercanía y familiaridad de quienes pretenden la indemnización por perjuicios morales con la víctima directa.

V. SOBRE LAS PRUEBAS

5.1. Documentales:

5.1.1. Certificación de Habilitación por parte de la Secretaría de Salud para la prestación de servicios de salud como IPS al Demandado y para la prestación del servicio de urgencias. (Anexo No. 1)
5.1.2. Historia Clínica Institucional De la señora MARLENY SABOGAL VIGOYA. (Anexo No. 2)
5.1.3. Soportes correspondientes de la historia clínica perteneciente MARLENY SABOGAL SABOGAL VIGOYA. (Anexo No. 3)

5.2. Testimoniales:

Solicito al Despacho, se llame a declarar a las siguientes personas las cuales hacen parte del personal médico y el equipo de enfermería, asesor y/o auditor del Demandante. Algunos de los llamados a declarar participaron de manera directa en la atención del Paciente; igualmente otros de los testigos, podrán brindar su conocimiento para esclarecer aspectos dentro de la atención medica prestada. Las personas que se solicitan sean llamadas a declarar, darán a conocer al Despacho las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos a partir de los cuales se instauró la acción o en su defecto nos ilustrarán sobre el origen de los eventos acaecidos, teniendo como soporte la HC.

Todos los testigos que se indican a continuación podrán ser citados en la dirección Calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta.

- Dr. Fernando Barbosa Ruiz –Medicina general.
- Dr. Iván Alfonso Ramírez Duran – Medicina interna.
- Dr. Fredy Gutiérrez Pérez – Medicina general.
- Dr. Julio Cesar Rojas Rojas – Medicina Interna.
- Dra. Vanessa Barreto Arcos – Medicina General.
- Dr., Orlando Villanueva Bautista – Medicina interna.
- Dr. Oscar Alberto Andrade Otaiza – Cirugía General.
- Dr. Ivan Rodrigo Nieto Gonzalez – Nefrologia.
- Dr. Giovanny Gonzalez Bernal – Cirugia general.
- Dr. José Wilson Duque Criollo – Medicina general.
- Dra. Catalina Guzmán Duque – Cirugía Plástica.
- Dr. Miguel Ángel Bohórquez – Cirugía general.

5.3 Interrogatorio de Parte:

Solicito al Despacho se cite a los Demandantes a interrogatorio de parte que se formulará en audiencia por el suscrito o mediante sobre cerrado a través del Despacho.

Así mismo solicito al Despacho se me permita participar en el interrogatorio de parte a los Demandados, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 220 y siguientes del Código General del Proceso.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

5.4. Prueba Pericial:

De conformidad con lo señalado en el artículo 227 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito al despacho se oficie al INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL, para que informe si dentro de su lista de personal cuenta con el especialista en cirugía general para prestar sus servicios para practicar dictamen pericial, el cual deberá pronunciarse sobre lo siguiente:

I. Si la atención que se le dio a la señora MARLENY SABOGAL VIGOYA (Q.E.P.D.), en INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A., fue acorde a los protocolos y guías de manejo para los síntomas que presento la señora su estancia en la Clínica Meta.

VII. NOTIFICACIONES

Para efectos judiciales, en el presente proceso:

- Mi representada **INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.** recibirá notificaciones en la dirección calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta y en el correo electrónico juridica@clinicameta.co.

- El suscrito **MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO**, recibiré notificaciones en calle 33 No. 36-50 Barrio El Barzal, Villavicencio, Meta y en el correo electrónico jefe.juridica@clinicameta.co

Del Honorable Señor Juez,

MELISSA JULIETH PINILLA OCAMPO
C.C. No. 1.026.266.231 de Bogotá
T.P. 252.678 del C.S. de la J.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
GESTION DE CALIDAD
COPIA CONTROLADA

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .

GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., en su sede de prestador CONSULTA EXTERNA CLINICA META el municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5000100321 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:892000401-7	Nombre o razón social:	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.		
Fecha de inscripción:	2003/04/14	Fecha de vencimiento:	2022/08/31	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	JORGE LUIS CRUZ VEGA			Dirección administrativa:	CALLE 33 NO. 36-50
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Municipio:	VILLAVICENCIO			Departamento:	META

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	0	0		VILLAVICENCIO

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.				
Dirección:	CALLE 33 NO. 36-50			Barrio:	
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA			Fecha de Apertura:	2003/04/14

Municipio:	VILLAVICENCIO	Departamento:	META

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	500010032105 - CONSULTA EXTERNA CLINICA META				
Dirección:	CALLE 32 NO. 33-17 TERCER PISO			Barrio:	BARZAL
Telefono:	6614400	Fax:	6614400	Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA			Fecha de Apertura:	2020/12/19
Municipio:	VILLAVICENCIO			Departamento:	META

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263295
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263296
CONSULTA EXTERNA	303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263297
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263298
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263299
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263300
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263301
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263302
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210702	DHSS0158603
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263303
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20201219	DHSS0263304
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263305
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263306
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263307
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20201219	DHSS0263308
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263309
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20201219	DHSS0263310
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263311
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS0263312

CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026331
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20210702	DHSS015860
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20210702	DHSS015860
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026332
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20201219	DHSS026332

CONVENCIONES:

M-INT:Modalidad Intramural	M-EXT:Modalidad Extraamural	M-UM :Modalidad Unidad Móvil	M-DOM:Modalidad Domiciliario	M-JS :Modalidad Jornada de Salud	M-TEL:Modalidad Telemedicina
M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina	M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva	M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva	M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia	M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo	M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina
M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia	M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo	COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD			

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA		08:00A18:30	13:30A18:00	13:30A18:00			
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA				10:00A13:00	10:00A13:00		
CONSULTA EXTERNA	303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR		14:00A18:00					
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	07:00A18:00	14:00A18:00	07:00A11:00	08:00A11:00			
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA		14:00A17:00	14:00A17:00				
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	07:00A08:00						
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA					07:00A09:00		
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA	07:00A12:00		14:00A19:00	07:00A18:00			
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	08:00A13:00	
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	14:00A18:00						
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00		
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	14:00A18:00		13:00A18:00	13:00A14:00	14:00A18:00		
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA		07:00A08:00					
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	10:00A12:00		15:00A18:30	15:00A18:30	15:00A18:30		
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	07:00A10:00						
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	13:00A18:00	07:00A18:00	07:00A12:00	09:00A18:00			
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA			14:00A17:00				
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	07:00A09:00	12:00A18:00					
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			08:00A09:00				
CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	08:00A10:00						
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO		07:00A11:00		07:00A11:00			
CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX	07:00A11:00						
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL			07:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA					07:00A12:00		
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	08:00A11:00			11:00A14:00			

CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL			13:00A16:00				
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	08:00A13:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	07:00A17:00	08:00A13:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	10:00A14:00	10:00A14:00	10:00A14:00	10:00A14:00	10:00A14:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES				10:00A13:00	10:00A13:00		

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	14
SALAS	PROCEDIMIENTOS	3

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DE SALUD DEL META , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).

ZANDRA YARLEY ROJAS BONILLA.

GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Versión 3.0.

Fecha de impresión: miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DE SALUD DEL META .

GERENCIA DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud INVERSIONES CLINICA DEL META S.A., en su sede de prestador INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. del municipio de VILLAVICENCIO - departamento de META, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DE SALUD DEL META y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5000100321 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:892000401-7	Nombre o razón social:	INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.		
Fecha de inscripción:	2003/04/14	Fecha de vencimiento:	2022/08/31	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	JORGE LUIS CRUZ VEGA			Dirección administrativa:	CALLE 33 NO. 36-50
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Municipio:	VILLAVICENCIO			Departamento:	META

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	0	0		VILLAVICENCIO

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.				
Dirección:	CALLE 33 NO. 36-50			Barrio:	
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA			Fecha de Apertura:	2003/04/14

Municipio:	VILLAVICENCIO	Departamento:	META

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	500010032101 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.				
Dirección:	CALLE 33 NO. 36-50			Barrio:	
Telefono:	6614400 Ext 1199	Fax:		Email:	mbbustos@clinicameta.co
Gerente:	JORGE LUIS CRUZ VEGA			Fecha de Apertura:	2003/04/14
Municipio:	VILLAVICENCIO			Departamento:	META

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de acreditación en salud para esta sede del prestador.

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20161129	DHSS0263205
INTERNACIÓN	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20151020	DHSS0263206
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20061117	DHSS0263207
INTERNACIÓN	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20061117	DHSS0263208
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20171023	DHSS0263209
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS0263210
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS0263211
QUIRÚRGICOS	202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20201103	DHSS0263212
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263213
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263214
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263215
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS0263216
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263217
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263218
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20210524	DHSS0124195
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20061117	DHSS0263219
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263220
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210209	DHSS0263221

QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20030414	DHSS026322
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20180402	DHSS026322
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20210524	DHSS012420
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20130510	DHSS026322
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20210524	DHSS012420
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20110317	DHSS026322
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS026322
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20210524	DHSS012420
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20161129	DHSS026322
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026322
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026322
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20070716	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20030414	DHSS023305
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20130510	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20171023	DHSS023306
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20111020	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20170920	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20061117	DHSS026323
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20030414	DHSS026324
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20180712	DHSS023306
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026324
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20030414	DHSS026324
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026324
CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS026324
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20130510	DHSS026324

CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS0263246
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS0263247
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263248
CONSULTA EXTERNA	372	CIRUGÍA VASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210209	DHSS0263249
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS0263250
CONSULTA EXTERNA	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20090331	DHSS0263251
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS0263252
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B	20161229	DHSS0263253
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20171116	DHSS0263254
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20171116	DHSS0263255
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS0263256
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20090331	DHSS0263257
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20181003	DHSS0263258
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20140903	DHSS0263259
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20140903	DHSS0263260

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SC	20140903	DHSS026326
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20210209	DHSS026326
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A	20110317	DHSS026326
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20130510	DHSS026326
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20140903	DHSS026326
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20171116	DHSS026326
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	747	PATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026326
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026326
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20030414	DHSS026326

CONVENCIONES:

M-INT: Modalidad Intramural

M-EXT: Modalidad Extraamural

M-UM : Modalidad Unidad Móvil

M-DOM: Modalidad Domiciliario

M-JS : Modalidad Jornada de Salud

M-TEL: Modalidad Telemedicina

M-PR : Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina

M-PRTI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva

M-PRTNI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva

M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia

M-PRTM: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo

M-PRE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina

M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia

M-PRETE: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo

COMPL : Complejidad. ***SC:**SIN COMPLEJIDAD

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	202	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR						07:00A19:00	
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA				07:00A11:00			
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA					07:00A09:00		
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	13:00A19:00					07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00	07:00A23:00
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA					10:00A13:00		
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS						07:00A13:00	

QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA		13:00A19:00				07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO		13:00A19:00			07:00A19:00		
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS		13:00A19:00				07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX				07:00A13:00			
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA						07:00A13:00	
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	07:00A08:00						
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	08:00A09:00						
CONSULTA EXTERNA	304	CIRUGÍA GENERAL		08:00A09:00					
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA			09:00A10:00				
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA			10:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA				09:00A10:00			
CONSULTA EXTERNA	316	GASTROENTEROLOGÍA				10:00A11:00			
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTETRICIA					10:00A11:00		
CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA						08:00A09:00	
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN					11:00A12:00		
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
CONSULTA EXTERNA	329	MEDICINA INTERNA	07:00A08:00						
CONSULTA EXTERNA	331	NEUMOLOGÍA	08:00A09:00						
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA		07:00A08:00					
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		08:00A09:00					
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA		14:00A16:00					
CONSULTA EXTERNA	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA			10:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA				09:00A10:00			
CONSULTA EXTERNA	355	UROLOGÍA				10:00A11:00			

CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA					11:00A12:00		
CONSULTA EXTERNA	363	CIRUGÍA DE MANO					07:00A08:00		
CONSULTA EXTERNA	366	CIRUGÍA DE TÓRAX					08:00A09:00		
CONSULTA EXTERNA	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	10:00A11:00						
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	11:00A12:00						
CONSULTA EXTERNA	372	CIRUGÍA VASCULAR		10:00A11:00					
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA		11:00A12:00					
CONSULTA EXTERNA	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL			10:00A11:00				
CONSULTA EXTERNA	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL			11:00A12:00				
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	07:00A11:00-14:00A19:00	07:00A11:00-14:00A19:00	07:00A11:00-14:00A19:00	07:00A11:00-14:00A19:00	07:00A11:00-14:00A19:00	07:00A11:00-14:00A19:00	07:00A09:00-17:00A19:00
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	00:00A23:00	00:00A23:00	00:00A23:00	00:00A23:00	00:00A23:00	00:00A23:00	00:00A23:00
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	07:00A13:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	731	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00		

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR		07:00A17:00			07:00A19:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	07:00A19:00		07:00A19:00		07:00A19:00		
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	747	PATOLOGÍA	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00	07:30A17:00		
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	ESPECIFICIDAD
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	TRASPLANTE OSTEOMÚSCULAR
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	215	CIRUGÍA UROLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	227	CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	TRASPLANTE OSTEOMÚSCULAR
QUIRÚRGICOS	231	CIRUGÍA DE LA MANO	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	ATENCIÓN PACIENTE ONCOLÓGICO
QUIRÚRGICOS	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	234	CIRUGÍA DE TÓRAX	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS
QUIRÚRGICOS	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	TRASPLANTE DE PIEL
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA	TRASPLANTE DE PIEL

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
CAMAS	PEDIÁTRICA	4
CAMAS	ADULTOS	55
CAMAS	TPR	9
CAMAS	INCUBADORA INTERMEDIA NEONATAL	5
CAMAS	INTERMEDIA ADULTOS	1
CAMAS	INCUBADORA INTENSIVA NEONATAL	8
CAMAS	INTENSIVA ADULTOS	15
CAMAS	INCUBADORA BÁSICO NEONATAL	3
CAMILLAS	OBSERVACIÓN ADULTOS HOMBRES	20
CAMILLAS	OBSERVACIÓN ADULTOS MUJERES	23
CAMILLAS	OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA	6
CONSULTORIOS	URGENCIAS	6
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	4
SALAS	SALA DE CIRUGÍA	6
SALAS	PARTOS	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente **CONSTANCIA** se expide previa revisión por parte de **SECRETARÍA DE SALUD DEL META** , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador **INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.**, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).

ZANDRA YARLEY ROJAS BONILLA.

GERENTE DE CALIDAD INSPECCIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Impreso por el usuario del ente territorial: 50000reps05

Versión 3.0.

Fecha de impresión: miércoles 08 de septiembre de 2021 (4:15 p. m.).

HISTORIA CLINICA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Fecha Ingreso: Jul. 25/2012 Hora:23:46 Fecha de egreso: Agt. 01/2012 Hora: : Grp Sang= Rh=

Edad: A050 F.Nac:01/12/1961 Sexo:Fem. E.Civil:U.LIBRE Dir:KRA 25N § 24-08 RETIRO VILLAVICENCIO

Teléfono: 3158763765 Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR Acompañante: AMAURI PAUL PUPUT CONYUGE Tel. Acompañante:

Entidad:SECRETARIA SALUD DPTAL META OCUPAC: 0

Etnia: NO APLICA

hab CIA5 P166047 **UCI ADULTO CRITICO** **TRIAGE: 1** **Sucursal:01 Folio:000002**

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

LA OPERARON Y SE PUSO MAL

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE FEMENINO DE 50 AnOS DE EDAD, INGRESA A NUESTRA UNIDAD DE TRAUMA Y REANIMACION A LREDEDOR DE LAS 23.10 HORAS EN COMPAnIA DE FAMILIAR EN SILLA DE RUEDAS. DICE QUE FUE INTER VENIDA DE CIRGIA ESTETICA HACE APROXIMADAMENTE 7 HORAS, DERMOPLASTIA Y LIPOSUCCION. LA PACI ENTE INGRESA DIAFORETICA, TAQUICARDICA, NO RESPONDE AL LLAMADO, TIENE UNA FAJA ABDOMINAL C ON ESTIGMAS DE SANGRADO.

FC 89 LATIDOS POR MINUTO, FR 22 POR MINUTO, PRESION ARTERIAL NO SE REGISTRA.

ES LLEVADA A UNIDAD DE REANIMACION, SE INICIA MANEJO CON LIQUIDOS A CHORRO, SE TOMA UNICAMEN TE MUESTRA PARA HEMOGRAMA POR MAL RETORNO VENOSO, LA PACIENTE SE TORNA DISNEICA CON RESPIR ACION SUPERFICIAL, SATO2 87% HASTA 50% REQUIRIENDO DE INTUBACION OROTRAQUEAL PREVIA ADM INISTRACION DE MIDAZOLAM Y PANCURONIO IV CON TUBO 7.5.

PRESION ARTERIAL TRAS ADMINISTRACION DE 1500 CC DE RINGER 190/100 MMG. FC 89 POR MINUTO, SATO2 CON IOT O2 100 % NO SUPRA 89%

A N T E C E D E N T E S

1. PATOLOGIAS: OBESIDAD
2. QUIRURGICOS: Fx DE PLATILLOS TIBIALES
3. ALERGIAS: NIEGA
4. OCUPACION: AUXILIAR DE ENFERMERIA.

ANTECEDENTES GENERALES

1. PATOLOGIAS: OBESIDAD
1. PATOLOGIAS: OBESIDAD
2. QUIRURGICOS: Fx DE PLATILLOS TIBIALES

ALERGICOS:

NIEGA

R E V I S I O N P O R S I S T E M A S

SENTIDOS

NIEGA

CARDIOPULMONAR

NIEGA

DIGESTIVO

NIEGA

DERMATOLOGICO

NIEGA

OSTEOARTICULAR

NIEGA

NEUROLOGICO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

NIEGA

PSIQUIATRICO

NIEGA

GENITOURINARIO

NIEGA

GINECO-OBSTETRICO

NIEGA

EXAMEN FISICO

T. Arter	T. Med	Fr. Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	I.M.C	Sp.Corp	Per. Tor	Per. Abdo	Per.muñ	Glasgow
190/100	130	089 lmp	022 rpm	36.00°	000%	00	100.00 Kl	168cm	35.43	2.08m2				15/15

OBESIDAD CENTRAL: NO

CLASIFICACION IMC: PACIENTE OBESO

NORMOCEFALO, PUPILAS MIDRIATICAS HIPORREACTIVAS A LA LUZ, CUELLO CORTO SIN INGURJITACION YUG ULAR,

INSPECCION TORACICA CON RESPIRACION SUPERFICIAL PERIODOS CORTOS DE PARADA RESPIRATORIA, AUSCU LTACION PULMONAR BILATERAL CON DISMINUCION DE MURMULLO VESICULAR Y RONCUS ESPIRATORIOS. LA AUSCULTACION CARDIACA MUESTRA RUIDOS RITMICOS, SIMETRICOS CON PULSO CAROTIDEO Y SIN SOPLOS. DE REGULAR INTENSIDAD.

ABDOMEN CON FAJA COMPRESIVA ELASTICA QUE MUESTRA ESTIGMAS DE SANGRADO

EXTREMIDADES CON VENDAJE COMPRESIVO, CON SIGNOS DISTALES DE HIPOPERFUSION.

NEUROLOGICO; GCE 10/15 AL INGRESO 8/15 A LOS 5 MINUTOS.

DIAGNOSTICO :

R060 DISNEA

I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA

H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL

R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

A N A L I S I S

PACIENTE FEMENINO DE 50 AnOS DE EDAD, EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CON MAL PATRON RESPIR ATORIO, A LA PRESION ARTERIAL MANUAL NO SE LOGRA TOMAR REGISTRO APESAR DE REANIMACION AGR ESIVA CON LIQUIDOS CRISTALOIDES RINGER. QUIEN AL INGRESO PRESENTA DETERIORO SUBITO DE FUNCION RESPIRATORIA REQUIRIENDO DE INTUBACION OROTRAQUEAL Y VENTILACION MECANICA.

CON SIGNOS DE HIPOPERFUSION POR FRIALDAD Y PALIDEZ DISTAL. APESAR DE O2 100% Y VENTILACI ON MECANICA NO PRESENTA SATO2 > 89%

DISMUNCION DE MURMULLO VESICULAR BILATERAL.

HEMOGRAMA DE URGENCIAS CON HB 7.4 GR/DL

EKG; SINUSAL, SIN TRAZOS DE ISQUEMIA

ALTA PROPABILIDAD DE TEP

SHOCK HIPOVOLEMICO

SOLICITO RADIOGRAFIA DEL TORAX PORTATIL, GASES ARTERIALES, BUN, CREATININA, IONOGRAMA, GLUCE MIA, ECOGRAFIA DEL ABDOMEN, TIEMPOS DE COAGULACION.

COMENTADA EN UCI CON DR RAMIREZ QUIEN AUTORIZA TRASLADO

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL

FINALIDAD : NO APLICA

RIESGO CARDIOVASCULAR:

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

RELACION ALBUMINA/CREATIN .00
ERC:



ATENDIDO POR: JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA Reg. 509442
MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA

Jul. 25/2012 23:46 evoluciono JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701	***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(tres)
	LIQUIDOS A CHORRO			
Farmacia	POA02BR001701	***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.			(uno)
Farmacia	POA03FM016701	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.			(uno)
Farmacia	POC01CD029701	DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.			(uno)
Farmacia	PON01AM023701	**MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos INMEDIATO I.V.			(uno)
Farmacia	POM03AP001701	PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 4 Miligramos INMEDIATO I.V.			(uno)
Farmacia	MQ29568	***TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 C/B		1.0
	SOB X 1			(uno)
Laboratorio	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE		1.0
				(uno)
Laboratorio	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCIC		1.0
				(uno)
Laboratorio	903856	NITROGENO UREICO		1.0
				(uno)
Laboratorio	903825	*REATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		1.0
				(uno)
Laboratorio	9000001	*ONOGRAMA(NA.K.CL.CA)		1.0
				(uno)
Laboratorio	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO		1.0
				(uno)
Laboratorio	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		1.0
				(uno)
Laboratorio	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		1.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

			(uno)
Laboratorio	9002050	*ESERVA GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS	4.0
	COMPATIBLES		(cuatro)
Laboratorio	9101022	*RUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR	4.0
			(cuatro)
Laboratorio	902212	*EMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh	1.0
			(uno)
Ordenes Medicas	LA00022	*TRANSFUNDIR	3.0
	3 UGRE COMPATIBLES		(tres)
Imagenologia	8711210	*X TORAX PORTATIL	1.0
	URGENTE		(uno)
Imagenologia	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES	1.0
			(uno)
Ordenes Medicas	OT00004	*ELECTROCARDIOGRAMA	1.0
			(uno)

DIAGNOSTICO :

R060 DISNEA
I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA
H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA id: 86,014,880 REG:509442 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 00:22 evoluciono JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
PACIENTE FEMENINO DE 50 AnOS DE EDAD,
DIAGNOSTICOS;
1. CHOQUE HIPOVOLEMICO
2. ALTA PROBABILIDA DE TEP
3. POP TEMPRANO DE LIPECTOMIA
4. SINDROME ANEMICO SECUNDARIO
EN ESTE MOMENTO LA PACIENTE ESTA CON SATO2 94%, PRESION ARTERIAL 70/40 MMHG, FC 110 POR MINUT
O.
SOLICITO AUMENTAR DOPAMINA A 15 MCG/KG/MIN.
DEJAR SONDA VESICAL PARA CUANTIFICACION ESTRICTA DE LA/LE.
CONTINUAR HIDRATACION IV.
PENDIENTE PARACLINICOS, TRASLADO A UCI, INICIAR TRANSFUSION.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R060 DISNEA
I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA
H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO DECLARA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA id: 86,014,880 REG:509442 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**
Jul. 26/2012 00:40 evoluciono JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	8900402 *INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZAA		1.0
	UCI ADULTOS		(uno)

DIAGNOSTICO :
R060 DISNEA
I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA
H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO DECLARA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA id: 86,014,880 REG:509442 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 00:50 evoluciono JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
PACIENTE FEMENINO DE 50 AnOS DE EDAD,
DIAGNOSTICOS;
1. CHOQUE HIPOVOLEMICO
2. ALTO PROBABILIDAD CLINICA DE TEP VS EMBOLIA GRASA
3. POP RECIENTE (DIA 1) DERMOLIPECTOMIA
4. ACIDOSIS METABOLICA SEVERA
SOPORTE VASOACTIVO;
1. DOPAMINA 15 MCG/KG/MIN
EN ESTE MOMENTO CON PRESION ARTERIAL 90/60 MMHG, FC 110 POR MINUTO, FR 12 POR MINUTO.
REPORTE DE GASES ARTERIALES,
PH 6.6
HCO3; 3.7 MEV/L PCO2;
42. MMHG
PO2FIO2; 917 MMHG
DEFICIT ESTIMADO EN 360 MEQV/L, PASAR 150 MEQV (15 AMPOLLAS) EN 6 HORAS. TOMAR NUEVA GAS IMETRIA.
COMENTADA CON DR RAMIREZ INTERNISTA DE TURNO EN UCI QUIEN ORDENA INCIAR METILPREDNISOLONA 1 GR IV EN BOLO ANTE SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO GRASO
PENDIENTE TRASLADOA UCI
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POH02AM013721 METILPREDNISOLONA 500 MG POLV INY		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos INMEDIATO I.V.		(dos)
	BOLO IV		
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		15.0
	ADMINISTRAR 15 Ampolla CADA 6 HORAS I.V.		(quince)
	PASAR 150 MEQV/L EN 6 HORAS		

DIAGNOSTICO :
R060 DISNEA
I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA
H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO DECLARA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA id: 86,014,880 REG:509442 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 01:12 evoluciono BARBOSA RUIZ DIEGO FERNANDO MEDICO GENERAL id:1121,820,578

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701	***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 1000 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(tres)
Farmacia	POB05XRO07701	LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		2.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(dos)
Farmacia	MQ23676	***EQUIPO VENOCLISIS SIN AGUJA SIN AGUJA		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ74506	***EQUIPO BOMBA INFUSION BAXTER		3.0
	XL SOB X 1			(tres)
Farmacia	MQ23671	***EQUIPO BURETROL		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ58235	***ELECTRODO ADULTO		8.0
	BOL X 50			(ocho)
Farmacia	MQ29568	***TUBO ENDOTRAQUEAL 7.5 C/B		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ22928	CIRCUITO VENTILATORIO ADULTO		1.0
	BOL X 1			(uno)
Farmacia	MQ27077	SONDA NELATON 16FR		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ78626	CATETER PERIFERICO DE SEGURIDAD 18G X 1.16 PULG		4.0
	SOB X 1			(cuatro)
Farmacia	MQ38113	**MANGUERA DE SILICONA		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ72903	LINER SEMIRIGIDO 1000 ML		1.0
	1500 UND			(uno)
Farmacia	MQ27072	SONDA NELATON 10FR		1.0
	APLICAR UNA CADA _ HORAS SOB X 1			(uno)
Farmacia	PON01BL008341	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% JALEA		1.0
	ADMINISTRAR 100 Crema/ungu. Seg.necesidad TOPI			(uno)
Farmacia	MQ23679	***CYSTOFLO ADULTO.		1.0
	CAJ X 30			(uno)
Farmacia	MQ77823	***SONDA FOLLEY 2 VIAS 14		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ22066	***JERINGA DESECHABLE X 10 CC 302 10 CC		10.0
	. SOB X 1			(diez)
Farmacia	MQ22071	***JERINGAS DESECHABLE X 5 CC 302 5 CC		5.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	. SOB X 1		(cinco)
Farmacia	MQ22300	***JERINGA DE 1CC CON AGUJA PICO	2.0
	. SOB X 1		(dos)
Farmacia	PON01AM023701	**MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	1.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(uno)
Farmacia	POM03AP001701	PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	1.0
	ADMINISTRAR 4 Miligramos INMEDIATO I.V.		(uno)

DIAGNOSTICO :

R060 DISNEA
I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA
H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



BARBOSA RUIZ DIEGO FERNANDO id: 1121,820,578 REG:5011850 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 01:19 evoluciono BARBOSA RUIZ DIEGO FERNANDO MEDICO GENERAL id:1121,820,578

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POA02BR001701	***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.			(uno)
Farmacia	POA03FM016701	METOCLOPRAMIDA 10 MG/2 ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.M.			(uno)
Farmacia	POC01CD029701	DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 15 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.			(uno)
Farmacia	POB05BDO09701	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% BOLSA X 500ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(uno)
Farmacia	MQ23671	***EQUIPO BURETROL		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ74506	***EQUIPO BOMBA INFUSION BAXTER		1.0
	XL SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ45859	LLAVE DE 3 VIAS		1.0
	SOB X 1			(uno)
Farmacia	MQ23681	***EQUIPO EXTEN. PARA ANESTESIA UNID		1.0
	SOB X 1			(uno)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY 1.0
ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V. (uno)
BOLSA X 1000 CC

DIAGNOSTICO :
R060 DISNEA
I959 HIPOTENSION, NO ESPECIFICADA
H113 HEMORRAGIA CONJUNTIVAL
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



BARBOSA RUIZ DIEGO FERNANDO id: 1121,820,578 REG:5011850 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 02:34 evoluciono RAMIREZ DURAN IVAN ALFONSO MEDICINA INTERNA id: 17,952,557
NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
NOTA INGRESO A UCI
INFORMANTES : H.C - HERMANA
PACIENTE SEXO FEMENINO DE 50 AnOS DE EDAD QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS DE ESTA INSTI TUCION EN POP INMEDIATO DE CX PLASTICA (DERMATOPLASTIA Y LIPOSUCCION)CON CUADRO CLINICO C ONSISTENTE EN DIAFORESIS, TAQUICARDICA, SIN RESPUESTA NEUROLOGICA CON POSTERIOR DETERIORO HEMO DINAMICO REALIZANDO FALLA VENTILATORIA ,POR LO CUAL REALIZAN INTUBACION OROTRAQUEAL (TUBO No 7.5) Y SOPORTE VENTILATORIO, REANIMACION CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS ,SE TORNA HIPOTENSA, HIPOPE RFUNDIDA, POR LO CUAL INICIAN INOTROPIA (DOPAMINA) , TOMAN GASES ARTERIALES QUE MUESTRAN ACI DEMIA METABOLICA SEVERA CON TRASTORNO DE OXIGENACION SEVERO, HIPOCAPNICA, HIPOXICA, REALIZAN DX DE TEP SOLICITAN UCI PARA CONTINUAR SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO + SOPORTE INOTR OPICO .
RXS: SIN DATOS DE IMPORTANCIA
AP:PAT: OBESIDAD MORBIDA
QX: FX DE PLATILLOS TIBILAES
TA: NIEGA
FARMAC: NIEGA
HOSPIT: NIEGA
AF: NIEGA
AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES EN VENTILACION MECANICA INVASIVA A COPLADA AL VENTILADOR, HEMODINAMICAMENTE INESTABLE, SV:TA:70/40,TAM:51,FC:111XMIN,FR: 18XMIN,SP O2:70%,To:34.4oc, PESO: 100KG
CCC: NORMOCEFALICA, OJOS: PUPILAS ISOCORICAS , TAMAnO 3mm, NORMOREACTIVAS, OF: MUCOSA ORAL HUME DA, PALIDEZ DE MUCOSAS, CUELLO: NO INGURGITACION, NO SOPLOS, TORAX: C- P RUIDOS CARDIACOS RITMI COS TAQUICARDICOS, NO RUIDOS AGREGADOS,PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS NO RUIDOS AGREGADOS, ABD

OMEN: CUBIERTA CON FAJA CON LEVE SANGRADO, CON VENDALES ALREDOR DE HERIDA QUIRURGICA, CON DREN
ES CON HEMOVAC CON ESCASO SANGRADO, GU: NORMAL, EXTREM: SIMETRICAS CON PERFUSION DISTAL DE 5
, SNC: GLASGOW MENOR DE 5, NO RESPUESTA AL DOLOR, PIEL: PALIDEZ MUCOCUTANEA MODERADA,
PARACLINICOS :
GASES ARTERIALES DE INGRESO A UCI: PH: 6.8, PCO2: 41, PO2:79, HCO3: 6.9,PaFI: 79, LACT: 13,
SAT VEN:49
GLUCOMETRIA: 445,
SODIO: 141, POTASIO: 5, CL: 100, HB 3.9 POR GASES POR CH: HB: 7.4, HTO: 24, RTO PLAQUETAS:
281000XMM,
EKG: RITMO SINUSAL, INFRADESNIVEL DEL ST
CARA INFERIOR,
ANALISIS:
SE TRATA DE PACIENTE CON ANTECEDENTES DE OBESIDAD MORBIDA EN POP INMEDIATO DE CX PLASTICA (DE
RMOPLASTIA+ LIPOSUCCION) NO HAY DESCRIPCION DE EVENTO QX, QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGEN
CIAS POR PRESENTAR FALLA VENTILATORIA,CON ACIDEMIA METABOLICA, HIPOXEMIA, TAQUICARDIA, GHIPOT
ENSA, ANEMICA , CON ESCALA DE WELLS DE ALTO RIESGO PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR NO DESCONOC
IENDO EMBOLIA GRASA, POR LO QUE SE INICIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, REANIMACION CON LIQUID
OS ENDOVENOSOS , LE INICIAN METILPREDNISOLONA POR IDX DE EMBOLIA GRASA, INOTROPIA CON DOPAMINA
,
INGRESA PACIENTE A UCI EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES HIPOTENSA CON SOPORTE INOTROPICO AL
TO, HIPOPERFINDIDA, HIPOTERMICA, TAQUICARDICA, DESATURADA, PALIDEZ MUCOCUTANEA MODERADA, CON G
ASES ARTERIALES QUE PERSISTEN CON ACIDEMIA METABOLICA SEVERA, HIPOXEMICA, HIPOCAPNICA , CON IND
ICE DE OXIGENACION SEVERAMENTE COMPROMETIDO,CONTINUARA SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO
MODO SIMV, PEEP: 10, POR LO CUAL CONSIDERO QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN SHOCK HIPOVOLEMICO V
S CARDIOGENICO, POR LO CUAL SE DEJA SOPORTE HIDRICO ALTO ADEMAS, CONSIDERO TEP MASIVO CON COM
PROMISO CARDIACO,NO DESCARTANDO LA POSIBILIDAD DE EMBOLIA GRASA POR LO CUAL SE DEJA CORTICOIDES
PARA ESTABILIZACION DE MEMBRANA ALVEOLAR ,SE INICIARA VASOPRESORES A DOSIS BAJAS PARA RETIRAR
PAULATINAMENTE INOTROPIA (DOPAMINA) POR POSIBLE AUMENTO DE LA RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR
,INICIAR ANTICOAGULACION PLENA CON HPBP EN VISTA DE SER POP INMEDIATO QUE PARA TROMBOLIZAR E
INICIAR HNF AUMENTA POSILIDAD DE HEMORRAGIA MASIVA Y PUEDE COMPLICAR AUN MAS EL CUADRO CLINICO,
PRONOSTICO OMINOSO DADOS POR SU ALTA PROBABILIDAD DE MUERTE POR SUS PATOLOGIAS DE BASES SE EXP
LICA A FAMILAIRES (HERMANA) SOBRE PRONOSTICO REFIERE ENTENDER LA INFORMACION. CONTINUARA MANE
JO UCI,
DX: 1.- FALLA VENTILATORIA TIPO 1
2.-SHOCK HIPOVOLEMICO Vs CARDIOGENICO
3.-TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO CON COMPROMISO CORAZON DERECHO
4.-DESCARTAR EMBOLIA GRASA
5.-ANEMIA SECUNDARIA
6.-ACIDEMIA METABOLICA SEVERA
7.-OBESIDAD MORBIDA
PLAN: MANEJO UCI ,SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO,SOPORTE HIDRICO,SOPORTE INOTROPICOh+ V
ASOPRESOR,CON POSTERIOR DESTETE DE DOPAMINA,ANTICOAGULACION PLENA CON HBPM, PROTECCION GASTRICA
,TERAPIA TRANSFUSIONAL CON GRE URGENTE, PLASMA , INFUSION DE BICARBONATO,SEDOANALGESIA UNA VEZ
SE HALLA COMPENSADO, SOLCICITO ANGIOTAC TORAX URGENTE, ECOCARDIOGRAMA TT URGENTE, DOPLER VENOSO
DE MIEMBROS INFERIORES, ECO ABDOMINAL TOTAL, EKG,RX TORAX,RESERVA DE GRE, TRANSFUNDIR PLASMA F
RESCO CONGELADO 6 U, SOLICITO CH,BUN,CREATININA,PT,PTT, GLICEMIA,IONOGRAMA,CPK TOTAL,MB,TROPONI
NA,
--NOTA DE PROCEDIMIENTO DE CATETER CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO
PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE INFILTRA LIDOCAINA AL 1% SIN EPI , DE UN SOLO INTENTO SE TOMA V

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

ENA SUBCLAVIA DERECHA CON COMPROBACION DE RETORNO VENOSO , SE PASA GUIA METALIZA SIN RESISTENCI
A, SE REALIZA DILATACION , SE PASA CATETER BILUMEN COMPRUEBA RETORNO VENOSO POR AMBAS LUCES, S
E PASA SSN POR CADA LUZ, PROCEDIMEINTO SIN COMPLICACIONES , TECNICA DE SELDINGER, SOLICITO RX
TORAX DE CONTROL.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701	LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR 300 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(ocho)
	BOLSAS X 100CC			
Farmacia	POC01CD029701	DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 5 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.			(diez)
	TITULABLES			
Farmacia	POC01CA03 701	NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		10.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.			(diez)
Farmacia	PON01AF005701	***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.			(diez)
	TITULABLES			
Farmacia	PON01AM023701	**MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.			(veintisiete)
	TITULABLES			
Farmacia	POB01AH003701	ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		6.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 12 HORAS SUBC			(seis)
Farmacia	POH02AM013721	METILPREDNISOLONA 500 MG POLV INY		3.0
	ADMINISTRAR 125 Gramos CADA 8 HORAS I.V.			(tres)
Farmacia	POB05XS003701	SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		30.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(treinta)
	POR 3 HORAS 100MEQ/HORA			
Farmacia	POA02BR001701	***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.			(tres)
Farmacia	POP02CA008011	ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0
	ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL			(seis)
	POR 3 DIAS			
Ordenes Medicas	5200000	5200000		6.0
	TRANSFUNDIR 6 U PLASMA FRESCO CONGELADO			(seis)
Laboratorio	0900000	*ABORATORIO CLINICO		1.0
	CH,BUN,CREATININA,PT,PTT,GLICEMIA,IONOGRAMA,			(uno)
Ordenes Medicas	5200000	5200000		3.0
	RESERVA DE GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS			(tres)
Imagenologia	881231	*COCARDIOGRAMA MODO M		1.0
	URGENTE			(uno)
Imagenologia	8711210	*X TORAX PORTATIL		1.0
	URGENTE			(uno)
Ordenes Medicas	5200000	5200000		1.0
	DOPLER VENOSO MIEMBROS INFERIORES // PORTATIL			(uno)
Imagenologia	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES		1.0
	PORTATIL			(uno)
Farmacia	POA10AI008701	INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 1 U. Internac.CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Imagenologia	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	1.0
	DESCARTAR TEP // URGENTE		(uno)
Laboratorio	0900000	*ABORATORIO CLINICO	1.0
	GASES ARTERIOVENOSOS		(uno)

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Dr. Ivan A. Ramirez D.
ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA - UCI
C.C. 17.952.557 R.M. 6046/96

RAMIREZ DURAN IVAN ALFONSO id: 17,952,557 REG:6046 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 06:42 evoluciono JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio 902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE		1.0 (uno)

DIAGNOSTICO :

R060 DISNEA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO DECLARA
CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Claudio Alejandro Jimenez
MD UNIMAG
RM. 5094

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA id: 86,014,880 REG:509442 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 08:25 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR 300 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 100CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 20 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veintisiete)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		6.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(seis)
Farmacia	POH02AM013721 METILPREDNISOLONA 500 MG POLV INY		3.0
	ADMINISTRAR 125 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		30.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(treinta)
	POR 3 HORAS 100MEQ/HORA		
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.M.		(tres)
Farmacia	POP02CA008011 ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0
	ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL		(seis)
	POR 3 DIAS		
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		

DIAGNOSTICO :

R060 DISNEA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 11:18 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR 300 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 100CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 20 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veintisiete)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		6.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(seis)
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		30.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(treinta)
	POR 3 HORAS 100MEQ/HORA		
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.M.		(tres)
Farmacia	POP02CA008011 ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0
	ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL		(seis)
	POR 3 DIAS		
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Laboratorio	9101106 *NIDA DE GLOBULOS ROJOS O ERITRO		2.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

TRANSFUNDIR AHORA (dos)

Laboratorio 9101022 *RUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR 2.0 (dos)

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 11:26 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
EVOLUCION UCI DIA.
PACIENTE DE 50 AnOS CON DIAGNOSTICOS:
1.-FALLA VENTILATORIA TIPO 1.
2.-SHOCK HIPOVOLEMICO Vs CARDIOGENICO.
3.-TEP DE PROBABILIDAD BAJA WELLS EN 1.5.
4.-DESCARTAR EMBOLIA GRASA.
5.-ANEMIA SECUNDARIA.
6.-ACIDEMIA METABOLICA SEVERA.
7.-OBESIDAD MORBIDA.
8.-ALCOHOLISMO CRONICO.
INDICACION:
- SOPORTE VENTILATORIO Y SOPORTE VASOPRESOR MIXTO.
PROBLEMAS:
- ANEMIA SEVERA POR CHOQUE HIPOVOLEMICO AGUDO.
- OBESIDAD MORBIDA SEVERA.
- ALCOHOLISMO CRONICO.
- SEDACION INSUFICIENTE A PESAR DE DOSIS ALTAS DE MEDICAMENTO.
SOPORTES:
- VENTILATORIO MODO SIMV CON PEEP DE 10, FIO2 AL 100 %, PS: 12.
- NORADRENALINA A DOSIS DE 0.7 MCG/K/MIN.
- DOPAMINA A DOSIS DE 15 MCG/K/MIN.
- TRANSFUSIONAL DE 3 UNIDADES DE GRE.
- TRANSFUSIONAL DE PLASMA FRESCO CONGELADO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

BALANCE HIDRICO EN 5 HORAS:

LA: 3929 CC, LE: 130 CC, GU: 0.16 CC/K/HORA.

GASES ARTERIO VENOSOS: ACIDEMIA METABOLICA SEVERA CON HIPOXEMIA SEVERA.

EF: PACIENTE BAJO SOPORTE VENTILATORIO MECANICO Y SOPORTE INOTROPICO Y VASOPRESOR ALTO, SE ENCU ENTRA CON HIPERDINAMIA CON TA: 130/70, FC: 135, FR: 8, TEMP: 35 GRADOS CENTIGRADOS, C/C QUEIMOS IS BILATERAL, C/P CAMPOS PULMONARES CON RONCUS, RSCS RITMICOS, REGULARES, SIN SOPLOS, ABDOMEN: NORMAL, EXT: EDEMA GRADO II, NEURO: BAJO SEDACION RASS DE + 1. SE ORDENA PASO DE BOLO DE SEDACI ON Y ANALGESIA SIN EVIDENCIA DE EFECTO APROPIADO PARA LA SEDACION.

NOTA: HABLO TELEFONICAMENTE CON DR FRANCISCO CIRUJANO PLASTICO TRATANTE DONDE SE INFORMA LA SIT UACION CLINICA ACTUAL, EL DR INFORMA QUE LA PACIENTE TIENE UN CONSUMO ALTO DE BEBIDAS ALCOHOLIC AS Y AL PARECER EXISTE SOSPECHA DE FALCEDAD EN LOS PARACLINICOS REALIZADOS PRE QUIRURGICOS (INF ORMACION SUMINISTRADA TELEFONICAMENTE POR FAMILIAR DEL PACIENTE)

ANALISIS: PACIENTE DE 50 AnOS EN POST QUIRURGICO DIA 1 DE CIRUGIA ESTETICA DE LIPECTOMIA Y LIPO SUCCION QUE CURSA CON CHOQUE HIPOVOLEMICO EN REANIMACION QUIEN REQUIERE ASOCIAR MANEJO MEDICO C ON VASOPRESINA A DOSIS DE 4 UNIDADES HORA, SE ORDENA INICIAR DESTETE DE NORADRENALINA Y DOPAMIN A HASTA DOSIS TERAPEUTICAS DE 0.4 MCG/k/MIN Y DOPAMINA A DOSIS DE 10 MCG / K / MIN, TRANSFUNDIR 2 UNIDADES DE GRE ADICIONALES. PENDIENTE LABORATORIOS DE CONTROL POST TRANSFUSION.

DR JULIO CESAR ROJAS

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - UCI.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR 300 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 100CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 20 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veintisiete)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		6.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(seis)
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		30.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(treinta)
	POR 3 HORAS 100MEQ/HORA		
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.M.		(tres)
Farmacia	POP02CA008011 ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL (seis)
POR 3 DIAS

Farmacia POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY 1.0
ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC (uno)
PARA ESQUEMA MOVIL

Farmacia POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML 1.0
ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M. (uno)

DIAGNOSTICO :
J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**
Jul. 26/2012 12:24 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
FORMULACION DE ESTUDIOS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Imagenologia	882331	*OPPLER VASOS VENOSOS MII		2.0
	PORTATIL			(dos)

DIAGNOSTICO :
A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 12:37 evoluciono CORREDOR HERNANDEZ MONICA MARI RADIOLOGIA E IMÁGENE

NOTA : RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOST UCI ADULTO CRITICO

ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL PORTATIL

ALH

HALLAZGOS:

Se observa abundante gas intestinal, debido a esto no se logran visualizar los wrganos del abdo men superior

Por presencia de vendaje en la regiwn suprapúbica no se logran evaluar wrganos pUlvicos.

CONCLUSI6N:

? NO VISUALIZACI6N DE LOS ORGANOS POR ABUNDANTE GAS INTESTINAL.

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES PORTATIL

HALLAZGOS:

DERECHO

Con la modalidad de tiempo real y en equipo de alta resoluciwn utilizando transductor lineal de 10 5 MHz. Se exploran los trayectos venosos de los miembros inferiores.

Se visualizaron las venas femoral común, profunda y superficial, esta ultima hasta el tercio di stal, poplítea y tíbiales anteriores y posteriores.

Existe llenado adecuado de la luz de las venas, con adecuada comprensibilidad con el transducto r y no se observan imágenes que sugieran trombos.

No se logra visualizar la vena safena mayor.

IZQUIERDO

Con la modalidad de tiempo real y en equipo de alta resoluciwn utilizando transductor lineal de 13 5 MHz. Se exploran los trayectos venosos de los miembros inferiores.

Se visualizaron las venas femoral común, profunda y superficial, esta ultima hasta el tercio di stal, poplítea y tíbiales anteriores y posteriores.

Existe llenado adecuado de la luz de las venas, con adecuada comprensibilidad con el transduct or y no se observan imágenes que sugieran trombos.

La vena safena mayor en el lado derecho en reposo tiene un diámetro de 5 mm y con la maniobra d e Valsalva de 5.4 mm.

No se logra visualizar la vena safena mayor por presencia de vendaje en el área de exploraciwn.

IMPRESI6N DIAGNOSTICA:

? NEGATIVO PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

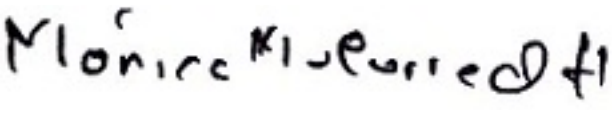
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: RADIOLOGIA E IMÁGENE



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

CORREDOR HERNANDEZ MONICA MARI id: 40,390,932 REG: RADIOLOGIA E IMÁGENES DIA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 13:13 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101106	*NIDA DE GLOBULOS ROJOS O ERITRO		2.0
	transfundir			(dos)

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 15:57 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

NOTA DE TURNO UCI TARDE.

DURANTE LAS MANIOBRAS DE MOVILIZACION DEL PACIENTE SE ENCUENTRA CON SALIDA DE DRENAJE FETIDO A NIVEL DE HERIDA QUIRURGICA ABDOMINAL CON SIGNOS DE DESVITALIZACION DERMICA VS HEMATOMA LOCAL, L LAMA LA ATENCION LAS CARACTERISTICAS PURULENTAS DE LA SECRECION LA CUAL SE ENCUENTRA CON SECREC ION AMARILLA ESPESA, SE INTERCONSULTA DE INMEDIATO A CIRUJANO GENERAL DR ANDRADE Y EN CONJUNTO SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO CON FASCITIS NECROTIZANTE, POR LO TANTO SE CONSIDERA INICIAR MAN EJO MEDICO ANTIBIOTICO, VALORACION URGENTE POR PARTE DE CIRUGIA PLASTICA PARA REALIZAR VALORACI ON Y DESBRIDAMIENTO DE URGENCIA.

SE SOLICITA RESERVAR 3 UNIDADES DE GRE.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

INICIAR MEROPENEM 2 GRAMOS EV CADA 8 HORAS Y VANCOMICINA 1 GRAMO EV CADA 12 HORAS.
VALORACION URGENTE POR CIRUGIA PLASTICA SE INFORMARA TELEFONICAMENTE A CIRUJANO TRATANTE DR FRA
NCISCO SALES.
DR JULIO CESAR ROJAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - UCI.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR 300 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 100CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 20 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veintisiete)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		6.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(seis)
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		30.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(treinta)
	POR 3 HORAS 100MEQ/HORA		
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.M.		(tres)
Farmacia	POP02CA008011 ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0
	ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL		(seis)
	POR 3 DIAS		
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		4.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(cuatro)

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 16:23 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330
NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9002050	*ESERVA GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS		3.0
	RESERVAR 3 UNIDADES DE GRE URGENTE			(tres)
Laboratorio	9101022	*RUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR		3.0
				(tres)

DIAGNOSTICO :
J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 17:21 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

cIRUGIA PLASTICA

Paciente de 50 auos a quien hace 36 horas se practico dermolipectomia abdominal y liposuccion e n otra institucion. Actualmente en UCI con soporte ventilatorio y cardiovascular, signos de se psis generalizada . Al examen fisico se encuentra paciente intubada y sedada. pared abdominal c on equimosis multiples en reg axilar, flancos pubis y tercio superior de muslos correspondient es a las areas de liposuccion. No se evidencia necrosis de piel ni signos clinicos de infeccion cutanea. Salida de material serohematico por orificios de liposuccion. Se abre parcialmente la herida de la lipectomia para descartar coleccion purulenta y se evidencia hematoma suprafascia l no fetido. La paciente presenta deposicion fetida liquida hematica en el momento del examen. Se solicita descartar perforacion intestinal . Se pasara a cirugia para laparotomia exploratori a y drenaje hematoma extraabdominal.

Manejo x UCI.

Se explica a la familia los hallazgos clinicos y la necesidad de llevar a cirugia para aclarar diagnostico.

Maria de la Paz Duque

Cirugia Plastica

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR 300 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 100CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 20 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veintisiete)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		6.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(seis)
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		30.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(treinta)
	POR 3 HORAS 100MEQ/HORA		
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.M.		(tres)
Farmacia	POP02CA008011 ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL		(seis)
	POR 3 DIAS		
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		4.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(cuatro)

DIAGNOSTICO :
S365 TRAUMATISMO DEL COLON

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 576 525
R.M. 230202

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 17:39 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101111 *NIDAD DE PLASMA/PLASMA FRES.CONG.		10.0
	RESERVA PARA CIRUGIA		(diez)

DIAGNOSTICO :
S365 TRAUMATISMO DEL COLON

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 576 525
R.M. 230202

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 19:17 evoluciono VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO MEDICINA INTERNA id: 79,523,145

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101106	*NIDA DE GLOBULOS ROJOS O ERITRO		3.0
	TRANSFUNDIR			(tres)
Laboratorio	9101111	*NIDAD DE PLASMA/PLASMA FRES.CONG.		10.0
	TRANSFUNDIR 7 Y RESERVAR 3 UNIDADES DE PLASMA			(diez)

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS
D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Orlando Villanueva B.
Medico Internista - UCI
RM 350-50 C.C. 79.523.145

VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO id: 79,523,145 REG:79523145 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 19:41 evoluciono TORRES TORRES HELBER MAURI MEDICO GENERAL id: 74,373,401

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101111	*NIDAD DE PLASMA/PLASMA FRES.CONG.		5.0
	TRANSFUNDIR			(cinco)

DIAGNOSTICO :

J960 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
R570 CHOQUE CARDIOGENICO
T791 EMBOLIA GRASA (TRAUMATICA)
I748 EMBOLIA Y TROMBOSIS DE OTRAS ARTERIAS

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

D62X ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Helber Mauricio Torres T.
CC 74.373.401 Duitama
Medicina General RM 85380-05
UPTC

TORRES TORRES HELBER MAURI id: 74,373,401 REG:85380/2005 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 21:00 evoluciono ANDRADE OTAIZA OSCAR ALBERTO CIRUGIA GENERAL id: 19,301,603

NOTA : CIRUGIA GENERAL CIRUGIA

CIRUGIA

SE COMENTA LA SITUACI6N DE LA PACIENTE CON DOS FAMILIARES (HERMANAS), FALLA ORGANICA MULTIPLE, ANEMIA, SOPORTE INOTROPICO, FALLA VENTILATORIA Y SE PROPONE EXPLORACI6N QUIRURGICA. SE EXPLICA EL ALTISIMO RIESGO DE MORBIMORTALIDAD ASOCIADA. SE RESERVO SANGRE Y PLASMA

SE PASO BOLETA PARA CIRUGIA

DRS. MARIA PAZ DUQUE (CIRUJANA PLASTICA), OSCAR ANDRADE (CIRUJANO GENERAL)

O. ANDRADE

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL

ANDRADE OTAIZA OSCAR ALBERTO id: 19,301,603 REG:4545/86 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 21:06 evoluciono ANDRADE OTAIZA OSCAR ALBERTO CIRUGIA GENERAL id: 19,301,603

NOTA : CIRUGIA GENERAL CIRUGIA

CIRUGIA

NOTA OPERATORIA Y DESCRIPCION QUIRURGICA

DX PRE Y POST: 1 DIA POP LIPECTOMIA Y LISUCCION PARAED ABDOMINAL, BRAZOS, SEPSIS , FALLA ORGANI CA, ANIEMIA AGUDA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, SOPORTE INOOTROPICO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

HALLAZGOS: EDEMA DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA PARED ABDOMINAL, HEMATOMA ENTRE LOS COLGAJOS APRO
X 2000CC; NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO, A LAPAROTOMIA SE ENCUENTRA LIQUIDO CETRINO TURBIO, N
O SE ENCUENTRAN LESIONES DE VISCERAS INTRAABDOMINALES. LA VIABILIDAD DE LOS ORGANOS INTYRAABDOM
INALES CONSERVADA, AUSENCIA DE UTERO Y TROMPAS, ADHERENCIAS DEL EPIPLON CON EL PERITONEO PARIET
AL Y DE LA PELVIS
PROCEDIMIENTOS: DRENAJE HEMATOMA PARED ABDOMINAL, LAVADO DE LA PARED ABDOMINAL, LAPAROTOMIA EXP
LORATORIA, LIBERACI6N DE ADHERENCIAS, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICOA, LAPAROSTOMBA CON BOLSA DE
VIAFLEX
CIRUJANOS: O. ANDRADE Y DRA MARIA PAZ DUQUE (CIRUGIA PLASTICA)
ANESTESIA GENERAL: DR J. CASTEL
SIN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA
1.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA QUIRURGICA
2.- SE RETIRAN LOS PUNTOS Y SE EXPLORA CON LOS HALLAZGOS MENCIONADOS, SE LAVA LA PARED ABDOMINA
L PROFUSAMENTE
3.- LAPAROTOMIA MEDIANA SUPRA E INFRAUMBILICAL, CON LOS HALLAZGOS MENCIONADOS, SE TOMA MUESTR
A DEL LIQUIDO PERITONEAL
4.- SE LIBERAN ADHERENCIAS DEL EPIPLON AL PERITONEO PARIETAL Y SE EXPLORA EN FORMA SISTEMATICA,
SIN LESIONES INTRAABDOMINALES
5.- SE LAVA LA CAVIDAD EN FORMA PROFUSA Y SISTEMATICA
6.- SE CIERRA LA PARED ABDOMINAL CON BOLSA DE VIAFLEX FIJA A LA APONEUROSIS DEL RECTO ANTERIOR
7.- DE NUEVO SE LAVA LA PARED ABDOMINAL CON SSN
8.- SE DEJAN APOSITOS EN LA HERIDA , HERIDA ABIERTA
1.- TRASLADAR A A UCI PARA MANEJO INTEGRAL
2.- PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO DE CAVIDAD
O. ANDRADE
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.		1.0
		SS CULTIVO DE L9QUIDO PERITONEAL		(uno)

DIAGNOSTICO :
Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



ANDRADE OTAIZA OSCAR ALBERTO id: 19,301,603 REG:4545/86 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Jul. 26/2012 23:16 evoluciono TORRES TORRES HELBER MAURI MEDICO GENERAL id: 74,373,401

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
EVOLUCION UCI NOCHE REVISTA DR VILLANUEVA
DIAGNOSTICOS:
1.-FALLA VENTILATORIA TIPO 1.
2.-SHOCK HIPOVOLEMICO Vs CARDIOGENICO.
3.-TEP DE PROBABILIDAD BAJA WELLS EN 1.5.
4.-DESCARTAR EMBOLIA GRASA.
5.-ANEMIA SECUNDARIA.
6.-ACIDEMIA METABOLICA SEVERA.
7.-OBESIDAD MORBIDA.
8.-ALCOHOLISMO CRONICO.
9.-HEMATOMA PARED ABDOMINAL APROX 2000CC
10.SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA (CEREBRO-CORAZON-RInON-PULMON)
11.DISFUNCION RENAL AGUDA

PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL CONTINUA HEMODINAMICAMENTE MUY INESTABLE CON REQUERIMIENTO DE TRIPLE INOTROPIA A DOSIS ALTAS, NO RESPONDE A VOLUMEN NI A ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS; AC OPLADA AL VENTILADOR, LOS GASES ARTERIALES DE CONTROL EVIDENCIARON ACIDOSIS METABOLICA SEVERA A UNQUE MENOS SEVEROS QUE LOS DE LA MAnANA CON PERSISTENCIA DE SEVERO TRASTORNO DE LA OXIGENACION A PESAR DE ALTOS PARAMETROS VENTILATORIOS; HIPERGLICEMIA LEVE AUN NO INICIAMOS NUTRICION ENTER AL POR HIPOPERFUSION ENTERAL; NEUROLOGICO BAJO SEDACION, RASS -4, CONSERVA REFLEJOS DE TALLO; E UTERMICA, POR DISFUNCION RENAL TITULAMOS DOSIS DE VANCOMICINA; ANURICA A PESAR DE ALTO APORTE HIDRICO, INICIAMOS INFUSION DE FURESEMIDA; SE ESTAN TRANSFUNDIENDO HEMODERIVADOS EN POP INMEDIA TO CON LOS HALLAZGOS DESCRITOS; CONTINUA MANEJO EN UCI CON MULTISOPORTES. PRONOSTICO VITAL RESE RVADO. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE CONTROL.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R570 CHOQUE CARDIOGENICO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Helber Mauricio Torres T.
CC 74.373.401 Duitama
Medicina General RM 85380-05
UPTC

TORRES TORRES HELBER MAURI id: 74,373,401 REG:85380/2005 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 23:31 evoluciono VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO MEDICINA INTERNA id: 79,523,145

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO	CANT.
Farmacia	POB05XRO07701 LACTATO DE RINGER SOL INY BOL X 500ML		8.0
	ADMINISTRAR CADA		(ocho)
	BOLSAS X 100CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 20 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		27.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veintisiete)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		6.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos INMEDIATO I.M.		(tres)
Farmacia	POP02CA008011 ALBENDAZOL 200 MG TABLETA		6.0
	ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 1 DIA ORAL		(seis)
	POR 3 DIAS		
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 1 DIA I.V.		(dos)
Laboratorio	0900000 *ABORATORIO CLINICO		1.0
	HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, TP, TPT.		(uno)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.		(tres)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Orlando Villanueva B.
Médico Internista - UCI
RM 350-50 C.C. 79.523.145

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO id: 79,523,145 REG:79523145 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 26/2012 23:52 evoluciono VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO MEDICINA INTERNA id: 79,523,145

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		0.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		( )
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		0.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		( )
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 1 DIA I.V.		(dos)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE 5.0
ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V. (cinco)

DIAGNOSTICO :
Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Orlando Villanueva B.
Medico Internista - UCI
RM 350-50 C.C. 79.523.145

VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO id: 79,523,145 REG:79523145 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 09:03 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS,
2UI DE GRE, DAD 10 % PASAR 500ML, GLUCOMETRIA, E INICIAR INSULINA, , 200MEQ DE BICARBONATO,
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.		(sesenta)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POA02BR001701	***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POA10AI008701	INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701	TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML	1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722	MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721	***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701	GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.		(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POB05XS003701	SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	20.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. INMEDIATO I.V.		(veinte)
	200MEQ AHORA		
Laboratorio	9101022	*RUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR	2.0
	2UI DE GRE		(dos)
Ordenes Medicas	LA00022	*TRANSFUNDIR	2.0
	UNIDADES DE GRE		(dos)

DIAGNOSTICO :

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 09:59 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

cirugia Plastica

Paciente en 1 dia pop laparotomia exploradora y drenaje hematoma superficial lipectomia. Persis te estado critico con falla ventilatoria, hemodinamica y renal. Se revisa herida quirurgica enc ontrando abundante sangrado en capa hacia los flancos y el epigastrio, sin evidenciar vaso sang rante. No hay distension de asas intestinales. Se practica empaquetamiento con compresas con ag

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

ua oxigenada (5 compresas por debajo del colgajo y 3 por encima)y compresion externa leve para controlar sangrado.
Pendiente nueva exploracion bajo anestesia por C. General para definir cierre herida quirurgica
Manejo x UCI
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**
Jul. 27/2012 10:31 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
FORMULACION REQUERIMIENTOS PLASMATICOS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101022	*RUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR		4.0 (cuatro)
Ordenes Medicas	LA00022	*TRANSFUNDIR		1.0 (uno)
		6 UNIDADES DE PLASMA, 6 UNIDADES DE CRIOPRECIPITADOS, 4 UNIDADES DE GLOBULOS R OJOS E.		

DIAGNOSTICO :
A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 10:36 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	LA00022	*TRANSFUNDIR UNIDADES DE PLAQUETAS		6.0 (seis)

DIAGNOSTICO :

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 11:43 evoluciono TORRES TORRES HELBER MAURI MEDICO GENERAL id: 74,373,401

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Imagenologia	8711210	*X TORAX PORTATIL		1.0 (uno)

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

TORRES TORRES HELBER MAURI id: 74,373,401 REG:85380/2005 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 12:04 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.		(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(cinco)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	40.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. INMEDIATO I.V.	(cuarenta)
	400MEQ AHORA	
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)
Farmacia	POB05AP019771 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 6%	2.0
	ADMINISTRAR 1000 C.C. INMEDIATO I.V.	(dos)

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 12:26 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

EVOLUCION DIA

INTENSIVISTA DE TURNO DR CUERVO

DIAGNOSTICOS:

1.-FALLA VENTILATORIA TIPO 1.

2.-SHOCK HIPOVOLEMICO Vs CARDIOGENICO.

3.-TEP DE PROBABILIDAD BAJA WELLS EN 1.5.

4.-DESCARTAR EMBOLIA GRASA.

5.-ANEMIA SECUNDARIA.

6.-ACIDEMIA METABOLICA SEVERA.

7.-OBESIDAD MORBIDA.

8.-ALCOHOLISMO CRONICO.

9.-HEMATOMA PARED ABDOMINAL APROX 2000CC

10.SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA (CEREBRO-CORAZON-RInON-PULMON)

11.DISFUNCION RENAL AGUDA

PROBLEMAS

VENTILACION MECANICA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

MULTISOPORTADA
OLIGURIA
LABORATORIOS
BUN 39, CREATININA, 2,7,
HEMOGRAMA
WBC 29230, N 92, LIN 5,4 RBC 2860000, HB 8,6 HTO CTO 26, PLAQUETAS 80,
TP 35, INR 2,48, TPT 52,
GRANM DE LIQUIDO PERITONEAL, NEGATIVO EN LA ULTIMAS 24 HORAS
EVOLUCION
PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL CONTINUA HEMODINAMICAMENTE INESTABLE
REQUERIMIENTO DE TRIPLE INOTROPIA A DOSIS ALTAS, NO RESPONDE A VOLUMEN
NI A ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS, NI A EXPANSORES DEL PLASMA,
CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA
ACOPLADA AL VENTILADOR, GASES ARTERIALES DE CONTROL EVIDENCIARON ACIDOSIS
METABOLICA SEVERA SEVERO TRASTORNO DE LA OXIGENACION A PESAR DE ALTOS
PARAMETROS VENTILATORIOS, HIPOPERFUSION ENTERAL; BAJO SEDACION, RASS -4,
CONSERVA REFLEJOS DE TALLO, EUTERMICA, POR DISFUNCION RENAL TITULAMOS
ANURICA A PESAR DE ALTO APORTE HIDRICO,
PACIENTE CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA, CON REQUERIMIENTO
DE CATETER DE SWAN GANDS, EL CUAL NO ES POSIBLE COLOCAR
POR PROBLEMAS EN EL PROCEDIMIENTO Y SE CONTAMINA RESTO DE EQUIPO
AL IGUAL SE REALIZA ORDEN DE TRANSFUNDIR 6 UI DE GRE, 6 DE CRIOPRECIPITADOS
6 DE PLAQUETAS , 6 DE PLASMA, DE FORMA URGENTE, LOS CUALES ALGUNOS ESTAN
PENDIENTE LA CONSECUCION DE LOS MISMOS POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS
POR INFORMACION DE LABORATORIOS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

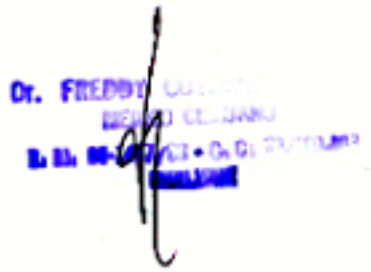
TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	60.0	
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.	(sesenta)	
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY	3.0	
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.	(tres)	
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	1.0	
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC	(uno)	
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML	1.0	
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.	(uno)	
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0	
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.	(seis)	
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0	
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.	(dos)	
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0	
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(cinco)	
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0	
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)	
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	40.0	
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(cuarenta)	
	400MEQ AHORA		
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0	
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)	
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0	
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.	(dos)	
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0	
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)	
Farmacia	POB05AP019771 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 6%	2.0	
	ADMINISTRAR 1000 C.C. INMEDIATO I.V.	(dos)	

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 15:03 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA
NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.		(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.		(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	400MEQ AHORA		
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.		(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.		(dos)

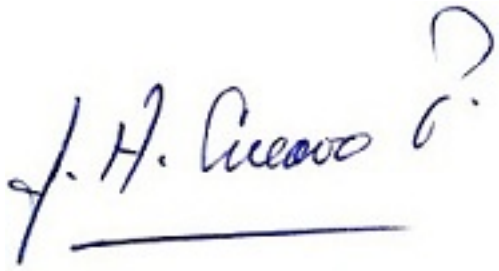
Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)
Farmacia	POB05AP019771 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 6%	2.0
	ADMINISTRAR 1000 C.C. INMEDIATO I.V.	(dos)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA



CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 15:17 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA

NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.		(sesenta)

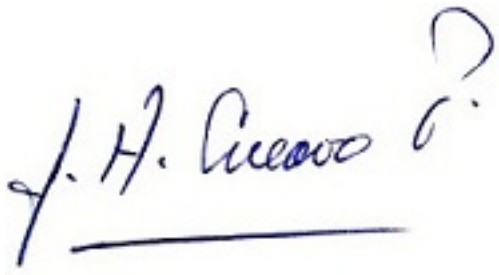
Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC	(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL	
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML	1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.	(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.	(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	400MEQ AHORA	
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)
Farmacia	POB05AP019771 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 6%	2.0
	ADMINISTRAR 1000 C.C. INMEDIATO I.V.	(dos)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA



CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 15:52 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA

NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	BOLSAS X 1000CC	
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.	(diez)
	TITULABLES	
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY	20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.	(veinte)
	TITULABLE	
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE	12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.	(doce)
	TITULABLES	
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(cincuenta)
	TITULABLES	
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA	1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC	(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG	
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY	10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.	(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC	(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL	
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML	1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.	(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.	(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	400MEQ AHORA	
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)
Farmacia	POB05AP019771 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 6%	2.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

ADMINISTRAR 1000 C.C. INMEDIATO I.V. (dos)
Farmacia PON02BA001011 ACETAMINOFEN 500MG TAB 8.0
ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL (ocho)

DIAGNOSTICO :
T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA

CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 17:12 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA
NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO
EVOLUCION VESPERTINA JH CUERVO.
ESTADO CRITICO. SU SITUACION DE HIPOVOLEMIA, ANEMIA Y SHOCK CON MARCADA ACIDOSIS METABOLICA SE VIO EMPEORADA POR SANGRADO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL. FUE EMPAQUETADA Y SE INTENTO CONTENER LA HE MORRAGIA CON MEDIOS MECANICOS. SOPORTE HEMODINAMICO CON DOPAMINA - NORADRENALINA - BICARBONATO. SOPORTE PULMONAR CON VENTILACION CONTROLADA, FIO2 1, PARALISIS MUSCULAR CON PANCURONIO. LUEGO DE PERMANECER ANURICA DURANTE LA NOCHE, SE INICIO NUEVAMENTE LA PRODUCCION DE ORINA, EN FORMA I RREGULAR Y DE ACUERDO A SU ESTABILIDAD CARDIOVASCULAR. DURANTE EL DIA HA RECIBIDO CERCA DE 10 L ITROS DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS, DE LOS CUALES RECIBIO 8 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS Y 4 UNIDADE S DE PLASMA. LA ACIDOSIS METABOLICA MEJORO Y LOS GASES EN ESTE MOMENTO (5 P.M.) SON NORMALES. E S EVIDENTE EL EDEMA GENERAL DE LA PACIENTE, LO CUAL DIFICULTA ENORMEMENTE SU VENTILACION. TENGO DUDAS SOBRE LA EXISTENCIA DE UN NEUMOTORAX DERECHO, PERO LA EVIDENCIA SEMIOLOGICA NO ES SUFICI ENTE Y TODAVIA NO HAY RADIOLOGIA DISPONIBLE.
GASES VENOSOS PH 7.47, PCO2 34.7 PO2 39.9, O2 SAT 82% BIC 24 E.B. 0.6
ES INDISPENSABLE LA ADMINISTRACION DE PLAQUETAS, PUES EL EMPAQUETAMIENTO ASI LO EXIJE. Y LA PAC IENTE TIENE QUE DESEMPAQUETARSE Y REVISARSE EN CIRUGIA. LOS ELECTROLITOS SON AHORA NORMALES NA 146, K 4.3, CL 101 CA++ 0.65. NO HAY CLORURO DE CALCIO PARA ADMINISTRACION IV.
LA RESUCITACION HA SIDO ADECUADA, PERO LLEGAMOS A UN PUNTO EN DONDE SE HAN AGOTADO LAS EXISTENC IAS DEL BANCO DE SANGRE.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 17:52 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA

NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

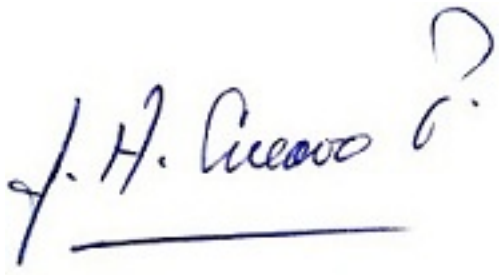
F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9002050	*ESERVA GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS		6.0
	TRANSFUNDIR 6 UNIDADES GRE			(seis)
Ordenes Medicas	5200000	5200000		6.0
	TRANSFUNDIR 6 UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO			(seis)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA



CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 18:00 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA

NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

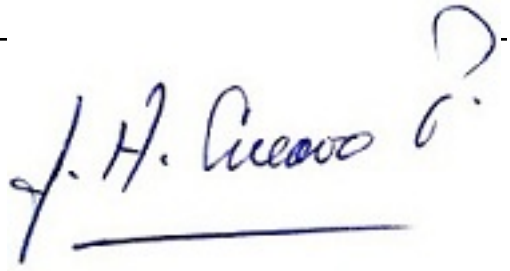
TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	5200000	5200000		6.0
	TRANSFUNDIR 6 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS			(seis)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC

PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA



CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 18:29 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	0900000	*ABORATORIO CLINICO		6.0
	SS/ PRUEBAS CRUZADAS N. 6			(seis)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 18:51 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Imagenologia	8711210	*X TORAX PORTATIL		1.0
				(uno)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 20:46 evoluciono NIETO GONZALEZ IVAN RODRIGO NEFROLOGIA id: 19,497,267

NOTA : NEFROLOGIA UCI ADULTO CRITICO
UCI 14 Turno Noche
Intensivista de Turno Dr Nieto
DIAGNOSTICOS:
1.-Falla Ventilatoria Tipo I
2.-Choque Hipovolemico corregido
3.-TEP de Baja Probabilidad
4.-Tromboembolismo Graso ?
5.-Anemia secundaria, trombocitopenia (CID)
6.-Acidemia metabolica Severa
7.-Obesidad Morbida
8.-Alcoholismo Crwnico
9.-Hematoma de pared abdominal
10.Sindrome de disfuncion organica multiple (Cerebro- Corazon Riuon Pulmon)
11. Insuficiencia Renal Aguda
Problemas
Soporte ventilatorio
Intervencion Multiple
IRA Oligurica diuresis 0.06 cc kg h
Con elevacion de las pruebas de funcion renal con Creatinina de 2.7 mgr% y BUN de 39 mgr%
CH Hb 8.6 gr% Leucocitos 29230 mm3 , N 92, L 5,4 RBC 2860000, HTO 26% PLAQUETAS 80,
TP 35, INR 2,48, TPT 52,
Evolucion
Paciente en mal estado general con mayor estabilidad hemodinamica en las ultimas cuatro horas
TA 119/70 FC 95 FR 14 palidez d emucosas y piel con herida abdominal cubierta con areas de
equimosis con requerimientos de inotropia dopamina 10 mcgr K min Noradrenalina 0.1 mcgr Kg Min
Vasopresina 4 Ui h con mayor estabilidad en las ultimas horas acoplada a la ventilacion mecani
ca con mejoria de la acidosis y pH de 7.47 HCO3 de 22.1 con hipoperfusion tisular Bajo efectos
de sedacion con IOT en ventilacion mecanica con IRA oligurica se sospecha Necrosis tubular Agu
da SS PdeO BUN Creatinina POtasio para definirterapia de reemplazo de la funcion renal.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	BOLSAS X 1000CC	
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	10.0
	ADMINISTRAR 10 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.	(diez)
	TITULABLES	
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY	20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.	(veinte)
	TITULABLE	
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE	12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.	(doce)
	TITULABLES	
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(cincuenta)
	TITULABLES	
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA	1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC	(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG	
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY	10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.	(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC	(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL	
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML	1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.	(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.	(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	400MEQ AHORA	
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)
Farmacia	POB05AP019771 FRACCION PROTEICA DEL PLASMA HUMANO 6%	2.0
	ADMINISTRAR 1000 C.C. INMEDIATO I.V.	(dos)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	PON02BA001011 ACETAMINOFEN 500MG TAB		8.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL		(ocho)
Laboratorio	0900000 *ABORATORIO CLINICO		1.0
	CH + VSG Gliecmia BUN Creatinina Potasio Calcio Sodio Albumina AST AlT Bilirr ubinas		(uno)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
D649 ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
J952 INSUFICIENCIA PULMONAR AGUDA CONSECUTIVA A CIRUGIA EXTRATORACICA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: NEFROLOGIA



NIETO GONZALEZ IVAN RODRIGO id: 19,497,267 REG:1845/99 NEFROLOGIA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 27/2012 22:47 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POC03CF017701	FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.		(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701	***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POA10AI008701	INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701	TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML	1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722	MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721	***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701	GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.		(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POB05XS003701	SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	400MEQ AHORA		
Farmacia	POM03AP001701	PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.		(seis)
Farmacia	POC03CF017701	FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701	GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.		(dos)
Farmacia	PON02BA001011	ACETAMINOFEN 500MG TAB	8.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL		(ocho)
Laboratorio	0900000	*ABORATORIO CLINICO	1.0
	HEMOGRAMA, IONOGRAMA, BUN, PARCIAL DE ORINA, GASES ARTERIALES, CREATININA, VSG		(uno)
	, GLUCOSA, ALBUMINA, AST, ALT, BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA		
Imagenologia	8711210	*X TORAX PORTATIL	1.0
			(uno)

DIAGNOSTICO :

T884 FALLA O DIFICULTAD DE LA INTUBACION
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
D649 ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
J952 INSUFICIENCIA PULMONAR AGUDA CONSECUTIVA A CIRUGIA EXTRATORACICA

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 578 525
R.M. 230202

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 09:43 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

CX PLASTICA.

PACIENTE QUIEN PERSISTE CON SANGRADO EN CAPA DEL LECHO QUIRURGICO, ESPECIALMENTE EN EL FLANCO D EEECHO, CORRESPONDIENTE AL AREA DE LIPOSUCCION, SE RETIRA EMPAQUETAMIENTO CON COMPRESAS Y SE EN CUENTRA HEMATOMA DE +- 500CC, NO SE EVIDENCIAN VASOS CON SANGRADO ACTIVO SI NO SANGRADO EN CAPA , SE PRACTICA EMPAQUETAMIENTO CN COMPRESAS CON AGUA OXIGENADA No 8 Y VENDAJE COMRESIVO EXTERNO. SE PASARA A CX PARA CIERRE DE HERIDA QUIRURGICA CUANDO LAS CONDICIONES DE LA PACIENTE LO PERMIT AN.

MANEJO POR CUIDADOS INTENSIVOS.

DOCTORA DUQUE.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	PON01AM023701 **MIDAZOLAM 5 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 5 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
	TITULABLES		
Farmacia	POB01AH003701 ENOXAPARINA 20MG/0.2ML SOL INY JERINGA PRELLENADA		1.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 1 DIA SUBC		(uno)
	AMPOLLAS POR 40 MG		
Farmacia	NP50861 71 ***VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUSP INY		10.0
	ADMINISTRAR 4 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(diez)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		60.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos INMEDIATO I.V.		(sesenta)
Farmacia	POA02BR001701 ***RANITIDINA 50 MG/2ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 50 Miligramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POA11DT009701 TIAMINA (VITAMINA B1) 100 MG/ML SOL INY VIAL 10 ML		1.0
	ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 DIA I.M.		(uno)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 1 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0
	ADMINISTRAR 10 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	POB05XS003701 SODIO BICARBONATO 10 MEQ/10 ML SOL INY	8.0
	ADMINISTRAR 400 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	400MEQ AHORA	
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos INMEDIATO I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 1 HORA I.V.	(dos)
Farmacia	PON02BA001011 ACETAMINOFEN 500MG TAB	8.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 6 HORAS ORAL	(ocho)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 10:26 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

UCI ADULTOS.

PACIENTE DE 50 AnOS DIA 3 EN LA UNIDAD

DIAGNOSTICOS:

1.CHOQUE HIPOVOLEMICO.

2. SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE (RENAL - CARDIOVACULAR - HEMATOLOGICO- PULMONAR- HE PATICA)

3. POP D5 LIPECTOMIA ABDOMINAL.

4. SEPSIS DE ORIGEN EN TEJIDOS BLANDOS.

5. OBESIDAD MORBIDA.

HEMODINAMICO:

SE ENCUENTRA CON SOPORTE VASOPRESOR, CON ADECUADAS PAM (>65MMHG) PERSISTE CON TAQUICARDIA.PRESI ONES DE LLENADO NORMALES. RSCS TAQUICARDICOS SIN AGREGADOS. NO AUSCULTO SOPLOS. ESTADO DE ANASA RCA.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

RESPIRATORIO:
SOPORTE CON EL VENTILADOR MECANICO.PARAMETROS DEL VENTILADOR: SIMV VC 600 IMV: 20 FR: 20 PSOP: 14 PEEP: 10 PIM: 23
LA SATURACION POR PULSO OXIMETRIA 94% ACOPLADA A LA MAQUINA.
PLACA DEL TORAX: INCREMENTO DEL DIAMETRO DEL BOTON PULMONAR, REDISTRIBUCION DEL FLUJO HACIA LOS APICES Y VELAMIENTO DEL ANGULO COSTOFRENICO IZQUIERDO.
GASES ARTERIALES:
PH: 7.47. PCO2: 27 PO2: 85 HCO3: 22 BE: -2,0 SAO2: 97% PAFI 142.
AUSCULTACION PULMONAR CON HIPOVENTILACION DE MANERA GENERALIZADA.
RENAL:
LA: 12783 CC LE: 265CC GU 0.1CCKH BUN: 65 CREA: 0.65
ELECTROLITOS EN LA GASIMETRIA: Na: 144 K: 4,11 Ca: 3,22 Cl:105.
METABOLICO:
RECIBE Y TOLERA LA NTP. GLUCOMETRIAS 104 213 119 126 139MGDL. TGO: 1455 TGP: 2425 BILIRRUBINA T OTAL: 10.09 BILIRRUBINA DIRECTA 6.53 BILIRRUBINA INDIRECTA 3.56. ABDOMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO.
INFECCIOSO:
CON FIEBRE EN LAS ULTIMAS 24 HORAS. TEMPERATURA MAXIMA 39oC. LEUCOCITOS 20.400 NEUTROFILOS: 93 % LINFOCITOS: 4%
HEMATOLOGICO:
SOPORTE CON HBPM.
PLAQUETAS 41.000. HB 11.9 HTC: 36,2% CON SANGRADO PROFUSO Y CONTINUO POR LA HERIDA DEL ABDOMEN LA CUAL ESTA EMPAQUETADA CON COMPRESAS EMPAPADAS EN SANGRE.
NEUROLOGICO:
CON EFECTOS DE SEDOANALGESIA. CON FENTANILO CON RAMSAY DE 6. GLASGOW EN 3/15
A/LA EVOLUCION ES TORPIDA, DESFAVORABLE, HEMODINAMICAMENTE AUN SOPORTADA CON VASOPRESOR, PERO D ECIDO CONVENIENTE INICIAR DOPAMINA A DOSIS DOPAMINERGICAS POR SU EFECTO NATRIURETICO, RESPIRATO RIAMENTE CONTINUA CON SOPORTE CON EL VENTILADOR MECANICO. LA GASIMETRIA ARTERIAL SIN ACIDOSIS M ETABOLICA Y EN EQUILIBRIO ACIDOBASE PERO CON SEVERO TRASTORNO EN LA OXIGENACION Y CON INJURIA P ILMONAR AGUDA. RENALMENTE ESTA CON ELEVACION DE NITROGENADOS Y OLIGURICA, INICIO INFUSION DE FU ROSEMIDA MIENTRAS SE DEFINE CON EL NEFROLOGO LA CONVENIENCIA DE TERAPIA DIALITICA. METABOLICAME NTE CON GLUCOMETRIAS CONTROLADAS, NO SE VEN LAS ASAS ISQUEMICAS AL TRAVEZ DEL VIAFLEX, TOLERA L A NPT. INFECCIOSO CON FIEBRE, LEUCOCITOSIS, TAQUICARDIA, CON FRANCO SINDROME DE RESPUESTA INFLA MATORIA Y EN CUBRIMIENTO DE AMPIO ESPECTRO PARA ANAEROBIOS G + Y G-. SE AJUSTA LA MEDICACION A LA DEPURACION DE CREATININA. HEMATOLOGICO: CON PERSISTENCIA DEL SANGRADO ABDOMINAL. ES PROCEDEN TE DE LA PARED NO DEL INTERIOR DEL ABDOMEN. EL SANGRADO ES EXTRAPERITONEAL. LA CIRUJANA PLASTIC A RETIRO, LAVO Y EMPAQUETO NUEVAMENTE CON 8 COMPRESAS LA PARED DEL ABDOMEN, AYER SE LE TRASFUND IERON 6U DE GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS Y 6U DE PLASMA FRESCO CONGELADO, ES EVIDENTE LA COAGUL OPATIA, DEFINIDA COMO UN SANGRADO REZUMANTE A LO LARGO DEL LECHO QUIRURGICO. POR ESTA RAZON SOL ICITO SE LE ADMINISTRE FACTOR VII (NOVOSEVEN). POR AHORA EL ACIDO TRANEXAMIXO ESTA CONTRAINDICA DO POR LA FALLA RENAL.INFORMAN QUE EN LnA TARDE LLEGARAN LAS PLAQUETAS PROCEDENTES DE OTRA CIUD AD. NEUROLOGICAMENTE ESTA SOLO CON FENTANILO EN COMA PROFUNDO.
EL PRONOSTICO ES RESERVADO EL SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE Y LA PERSISTENCIA DEL M ISMO HACEN OMINOSO EL CASO.
G. GONZALEZ
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		4.0
	ADMINISTRAR 5 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Ordenes Medicas	5200000 5200000		5.0
	FACTOR VII. NOVOSEVEN 100MCG POR KG DOSIS UNICA		(cinco)
Ordenes Medicas	5200000 5200000		1.0
	INTERCONSULTA NEFROLOGIA		(uno)
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		1.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		(uno)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.		(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.		(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		20.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veinte)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 11:24 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	0900000	*ABORATORIO CLINICO		1.0
	PROTEINA C Y S DE LA COAGULACION. FIBRINOGENO PT PTT, ANTITROMBINA III DIMERO D			(uno)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 12:04 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701	***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(ocho)
	BOLSAS X 1000CC			
Farmacia	POC01CD029701	DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		4.0
	ADMINISTRAR 5 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.			(cuatro)
Farmacia	POC01CA03 701	NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.			(veinte)
	TITULABLE			
Farmacia	PON01AF005701	***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.			(doce)
	TITULABLES			
Farmacia	POA02B01 701	***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.			(dos)
Farmacia	POA10AI008701	INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC			(uno)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

PARA ESQUEMA MOVIL

Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0	
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.	(seis)	
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	1.0	
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.	(uno)	
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	5.0	
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.	(cinco)	
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	3.0	
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.	(tres)	
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	6.0	
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.	(seis)	
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	20.0	
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(veinte)	

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 16:08 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101111 *NIDAD DE PLASMA/PLASMA FRES.CONG.		6.0
	TRASFUNDIR 6 UNIDADES		(seis)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 18:02 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

06:03 p.m. 28/07/2012 NEFROLOGIA

PACIENTE DE 59 AnOS DE EDAD POP DE LIPOSUCCION MAS LIPECTOMIA , CHOQUE PO R HIPOVOLEMIA , FALLA ORGANICA MULTIPLE POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA , FALLA RE NAL AGUDA CON NECROSIS TUBULAR AGUDA OLIGURICA , HEPATITIS ISQUEMICA , S ANEM ICO EN CORRECCION , POLITRANFUSION . SOBRECARGA HIDRICA EN ANASARCA .

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL , CON IOT Y VENTILACION MECANICA , CON SOPORTE IN OTROPICO NORAADRENALINA MAS DOPAMINA , HEMODINAMICAMENTE INESTABLE , TENSION ARTERIA L ; 150/90 FC ; 120 X , SATURACION 98 % , CON SANGRADO ACTIVO POR LOS SITIOS DE LIPOSUCCION . CON GU , 0.03 CC / KG 7 H CON BALANCE 4850 CC DE LAS ULTIMAS H ORAS CON INFUSION DE DIURETICOS 30 MG / KG / H , SIN RESPUESTA , SE SOLICITAN LAB QUE MUESTRAN CREATININA ; 4.06 mg/ DL , BUN ; 65 MG/ >DL , SODIO 145 MQ / L , POT ASIO . 4.11 MQ / L CL , 106 M / L , HB ; 11.2 GM 7 DL POSTRANFUSION , CON LEUC , 20.450 PMN : 93 % , LINF ; 5 % PLT ; 49 000 , PRUEBAS DE COGULACION ; PT : 30 / 10 , PTT ; 36 / 29 , GASES ARTAERIALES ; LEVE ALCALOSIS CON ADECUADA O2 . T RANSAMINASAS GOT . 1455 , GPT , 2450 . BT : 6.33 , BI , 3.56 .

CON LOS ADATOS ANTERIORE SOLICITAN IC A NEFROLOGIA .

ANALISIS PACIENTE CON DX ANOTADOS , CON FALLA RENAL AGUDA , OLIGURICA CON N TA POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO , CON MULTIPLES COMPLICACIONES ORGANICAS PO R HIPOPERFUSION E ISQUEMICA , SOLICITN IC A NEFROLOGIA PARA SOPORTE RENAL , SE VAL ORA PACIENTE CONSIDERANDOSE CANDIADATA PARA SOPORTE RENAL POR CUMPLIR CON CRITERI OS , SE REALIZA INDUCCIONA LA FAMILIA SOBRES SU ESTADO RENAL PRONOSTICOS ,COMPLIC ACIONES Y LA NECESDIAD DE DIALISIS , NOR INFORMA QUE COMPRENDIERON LA EXPLICACION Y FRIMAN CONSENTIMIENTOS PARA COLOCACION DE CATETER E INICIO DE DIALISIS . SE DECI DE COLOCAR PLAQUETAS Y PLASMA ANTES DE COLOCAR CATETER .

MANUEL RUIZ IGLESIAS

NEFROLOGIA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		4.0
	ADMINISTRAR 5 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 70 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 U. Internac. INMEDIATO SUBC		(uno)
	PARA ESQUEMA MOVIL		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		1.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		(uno)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY		3.0
	ADMINISTRAR 500 C.C. INMEDIATO I.V.		(tres)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	POM03AP001701 PANCURONIO BROMURO 4 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		6.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos INMEDIATO I.V.		(seis)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		20.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veinte)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 18:35 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

UCI RONDA NOCTURNA

DX Y MANEJO ANOTADO.

MAL ESTADO GENERAL.

SE ENCUENTRA CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA,PERO SOPORTADA CON VASOPRESOR E INOTROPICO, CON ADECU ADAS PAM,PRESIONES DE LLENADO NORMALES Y CON TENDENCIA A TAQUICARDIA. A NIVEL RESPIRATORIO EST A CON SOPORTE CON EL VENTILADOR MECANICO, SATURANDO POR PULSO OXIMETRIA 99%,ACOPLADA A LA MAQUI NA. RENALMENTE ESTA EN BALANCE + FUE VALORADA POR EL NEFROLOGO PARA INICIAR TERAPIA DIALITICA. ESTA ANURICA. METABOLICAMENTE CON TOLERANCIA A LA NPT. ULTIMA GLUCOMETRIA 195MGDL. INFECCIOSO S IN FIEBRE. HEMATOLOGICO , SE HAN TRASFUNDIDO 6U DE PLAQUETAS Y 6U DE PLASMA FRESCO CONGELADO, S E ADMINISTRO EL FACTOR VII. EL DOPPLER VENOSO DE MIIS ES NORMAL Y EL FIBRINOGENO ES NORMAL. NEU ROLOGICAMENTE ESTA CON EFECTOS DE SEDOANALGESIA.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

LA EVOLUCION ES TORPIDA Y DESFAVORABLE. SS LAB DE CONTROL
G. GONZALEZ
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		4.0
	ADMINISTRAR 3 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		(cuatro)
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(uno)
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		1.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		(uno)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY		2.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA		(dos)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70		3.0
	ADMINISTRAR 30 Miligramos CADA 1 DIA I.V.		(tres)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		20.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
Laboratorio	0900000 *ABORATORIO CLINICO		1.0
	CH PT PTT GLUCOSA BUN CREATININA IONOGRAMA GASES ARTERIALES		(uno)
Imagenologia	8711210 *X TORAX PORTATIL		1.0
			(uno)

DIAGNOSTICO :
Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 20:36 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

REPORTE DE DIMERO D MAYOR DE 10000 NG VSG 23 MM/1 H

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

MEDICO CIRUJANO
E.M.J.N.C.
REG. 500299

DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 28/2012 22:26 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		4.0
	ADMINISTRAR 3 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		(cuatro)
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		20.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		(veinte)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		12.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(doce)
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(uno)
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		1.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		(uno)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.		(cinco)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY		2.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA		(dos)
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70		3.0
	ADMINISTRAR 30 Miligramos CADA 1 DIA I.V.		(tres)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		20.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(veinte)
Ordenes Medicas	5200000 5200000		5.0
	NOVOSEVEN FACTOR VII AMP POR 2GM ADMINISTRAR 10 GM IV DOSIS UNICA		(cinco)

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 29/2012 01:11 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	5200000 5200000		6.0
	TRASNFUNDIR 6 UNIDADES DE CRIOPRECIPITADOS		(seis)
Ordenes Medicas	5200000 5200000		6.0
	TRANSFUNDIR 6 UNIDADES DE PLAQUETAS		(seis)

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 29/2012 06:37 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(ocho)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		0.0
	ADMINISTRAR 3 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		( )
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		0.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		( )
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		0.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		( )
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		( )
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		0.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		( )
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		0.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		( )
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		2.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY		0.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. INMEDIATO I.V.		( )
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA		
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70		0.0
	ADMINISTRAR 30 Miligramos CADA 1 DIA I.V.		( )
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		0.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		( )

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 29/2012 12:33 evoluciono GUZMAN DUQUE CATALINA CIRUGIA PLASTICA id: 52,389,151

NOTA : CIRUGIA PLASTICA UCI ADULTO CRITICO

PACIENTE DE 50 AnOS CON DIAGNOSTICOS:

1. POP LIPOSUCCION Y LIPECTOMIA
2. OBESIDAD MORBIDA
3. FALLA MULTISISTEMICA (FALLA RENAL, FALLA VENTILATORIA, COLAPSO HEMODINAMICO)
4. SHOCK HEMORRAGICO

AL EF PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL. CON INTUBACION OROTRAQUEAL, AL MOMENTO DEL EXAMEN TA 140 /70, FC 95X MIN, PVC 10. T 36.3 jC. SO2 98%.

PACIENTE CON EDEMA GENERALIZADO. SE DESTAPAN VENDAJES EN ABDOMEN ENCONTRANDO BORDES DE HERIDA L IMPIOS, SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SIGNOS DE NECROSIS GRASA, CON EQUIMOSIS MINIMAS EN BORDE CAUDA L DEL COLGAJO. TEJIDO SUBCUTANEO Y CAPAS DE GRASA DE ASPECTO VITAL, NO HAY SIGNOS DE FASCITIS, NO HAY CELULITIS NI ABSCESOS, NO HAY SECRECION FETIDA. SE ENCUENTRAN COMPRESAS IMPREGNADAS EN S ANGRE POR LO CUAL SE DECIDE RETIRAR EMPAQUETAMIENTO Y LAVAR CON 5000 CC DE SOLUCION SALINA A CH ORRO, CLORHEXIDINA Y AGUA OXIGENADA. SIN COMPLICACIONES. SE OBSERVA BOLSA DE VIAFLEX SUTURADA A MUSCULOS RECTOS, CON EVIDENCIA DE ASAS VITALES, CON EDEMA ESPERABLE PARA ESTADO ACTUAL DE LA P ACIENTE, SIN SECRECION, SIN SANGRADO INTRAABDOMINAL EVIDENCIADO EN BOLSA, LA CUAL NO SE RETIRA NI SE MANIPULA. SE REPONEN 8 COMPRESAS PARA EMPAQUETAMIENTO Y SE DEJAN 3 COMPRESAS EN BORDES D E LA HERIDA, SE CUBRE CON CAMPOS ESTERILES. ZONAS LIPOSUCCIONADAS CON EQUIMOSIS NORMALES PARA E STADO POSTOPERATORIO, SIN SIGNOS DE INFECCION NI SUFRIMIENTO VASCULAR. EDEMA GENERALIZADO, EDE MA DE MMII Y DE MMSS CON ADECUADA PERFUSION DISTAL. OBESIDAD MORBIDA. PACIENTE BAJO SEDACION. SONDA VESICAL CON ORINA CONCENTRADA MUCHO MAS CLARA QUE LA QUE SE APRECIO ANOCHE.

NO DETERIORO VENTILATORIO, GASES ARTERIALES DE HOY PH 7.42, PCOD 39.3, PO2 132, , HCO3 25, PAFI O2 219. LA PACIENTE HA PRESENTADO MEJORIA EN PARAMETROS DE GASTO URINARIO, PASANDO DE O.02 CC/K G/ H A 0.09 CC KG/H, DESPUES DE HEMODIALISIS. PERSISTE FALLA RENAL AGUDA CON BUN DE 49.2 Y CREA TININA DE 3.4 MG/DL. LA TENSION ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA HAN TENDIDO A HIPERDINAMIA, CO N ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SE HA DISMINUIDO PROGRESIVAMENTE INOTROPICO, EN EL MOMENTO EN DOSIS DE MANTENIMIENTO DE NA. AYER SE TRANSFUNDIERON PLAQUETAS, FACTOR VII, PLASMA, CRIOPRECIPITADOS Y GRE. PRESENTA DESDE ANOCHE DISMINUCION DEL SANGRADO EN CAPA. HEMOGLOBINA DE HOY 9.0, HEMATOC RITO 26.8. TIEMPOS DE SANGRADO PT 13.1, PTT 29.5. PERSISTE TROMBOCITOPENIA DE 88.200/MM3 DESPUE S DE TRANSFUSION. CIFRAS DE HIPERGLICEMIA CON TENDENCIA A NORMALIZACION, HOY GLUCOSA DE 130 MG /DL. ELECTROLITOS NORMALES. DESDE EL PUNTO DE VISTA INFECCIOSO LA PACIENTE NO HA PRESENTADO F IEBRE, PERSISTE LEUCOCITOSIS PERO CON TENDENCIA A DISMINUCION, HOY LEUCOCITOS DE 18.660/MM3 CON

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

NEUTROFILIA DEL 90%

I/ PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMA EN FALLA MULTISISTEMICA SECUNDARIA A SHOCK HEMORRAGICO, EN QUI EN NO ES CLARO SI HAY PATOLOGIAS DE BASE APARTE DE OBESIDAD MORBIDA. SEGUN CONVERSACION DE FAMI LIARES DE LA PACIENTE CON PERSONAL DE LA UCI, LA PACIENTE TENIA ANEMIA SEVERA EN PARACLINICOS A NTIGUOS, NO ES CLARO EL DIAGNOSTICO NI QUE TIPO DE TRATAMIENTO RECIB IO PARA SU CORRECCION, PER O SEGUN CONVERSACION TELEFONICA CON EL MEDICO QUE LA OPERO, ELLA TENIA PREQUIRURGICOS NORMALES. SE SUGIERE PEDIR A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE COPIA DE DICHOS PREQUIRURGICOS, LOS NORMALES, Y DE LOS EXAMENES QUE SEGUN ELLOS ARROJARON RESULTADOS DE ANEMIA.
PACIENTE QUIEN HA MEJORADO DESDE EL PUNTO DE VISTA HEMODINAMICO, REQUIRIENDO DISMINUCION DE SOP ORTE, QUIEN SE HA MANTENIDO ESTABLE CON VENTILACION MECANICA, NO HA PRESENTADO SIGNOS DE INFECC ION Y PERSISTE EN FALLA RENAL PRERRENAL POR SHOCK HEMORRAGICO, CON MEJORIA DISCRETA DE PRUEBAS DE FUNCION RENAL, GASTO URINARIO Y ACIDOSIS. MEJORIA DE COAGULOPATIA DESDE EL PUNTO DE VISTA C LINICO Y PARACLINICO.
P/ SE SUGIERE REEVALUAR PERTINENCIA DE COBERTURA CON ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO YA QUE NO EXISTEN SIGNOS DE INFECCION. SEGUN EVOLUCION DE LA PACIENTE EN 48 SE REALIZARA NUEVA CURACION, Y SE DETERMINARA PASAR A LAVADO QUIRURGICO DE LAPAROSTOMIA POR CIRUGIA GENERAL. IGUAL MANEJO.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA PLASTICA



GUZMAN DUQUE CATALINA id: 52,389,151 REG:1984 CIRUGIA PLASTICA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 29/2012 13:12 evoluciono VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO MEDICINA INTERNA id: 79,523,145

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
UCI MANANA
DIAGNOSTICOS:
-.CHOQUE HIPOVOLEMICO EN RESOLUCION.
- NECROSIS TUBULAR AGUDA EN TTO.
- SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE (RENAL - CARDIOVACULAR - HEMATOLOGICO- PULMONAR- HEP ATICA)
3. POP LIPECTOMIA ABDOMINAL.
4. SEPSIS DE ORIGEN EN TEJIDOS BLANDOS?, BAJA PROBABILIDAD.
5. OBESIDAD MORBIDA.

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

.
PROBLEMAS. REQUIERE AUN INOTORPIA, FALLA RENAL, COAGULOPATIA, PARAMETROS VENTILATORIOS ELEVA DOS.
.
E FISICIO: TA: 126-80 FC. 130 FR: 18 TEMP. 37, AFEBRIL LAS 24 HORAS. PVC: 8CM,
C-C: TOT BIEN.
C-P. RUIDOS CARDIACOS RITMCISO, PULMONAR CON DISMINUCION DE RUIDOS RSPIRAOTRIOS EN LAS BASES PERO NO ESTERTRES
ABDOMEN LAPAROSTOMIZADO
EXTREMIDADES EDEMAS
EXAMENES : CREAT: 3.4, BUN: 49, SODIo 144, POTASIO: 3.6, CA: 3.8, CL: 104, LEUCOS: 18600, PLAQ. 88200, TP. 13, TPT: 41.3,
-
- GASES ARTERIOALES CON QUILIBRIO ACIDO BASE Y PAFIO2 DE 223.
.
ANALISIS: PACIWENTE EN MLA ESTADO, VEO LEVE MEJORIA CLINICA, EL SANGRADO CESO, LA COAGULOPATIA EN REVERSO, SE TRASNFUINFDIO PLASMA, PLAQUETAS Y CRIOPRECIPITADOS, SE INICIO TERAPIA DIALITICA, EL DIA DE HOY VALORO GX PLASTICA Y RTALIZO LAVADO DE FASCIA Y NO ENCONTRO COLECCIONES NI FASCITIS.
.
PLAN: SE DEJA CON IGUALES MEDICACIONES, SE SUSPENDERA INOTROPIA, ESPERO REPORTE DE CULTIVOS PARA DE ESCALAR TERAPIA ANTIBIOTICA.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Orlando Villanueva B.
Medico Internista - UCI
RM 350-50 C.C. 79.523.145

VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO id: 79,523,145 REG:79523145 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**
Jul. 29/2012 15:23 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
NUTRICION PASAR OSMOLITE A 20 ML HORA Y VERIFICAR GLUCOMTRIA
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		8.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.	(ocho)
	BOLSAS X 1000CC	
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	0.0
	ADMINISTRAR 3 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.	( )
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY	0.0
	ADMINISTRAR 0.10 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.	( )
	TITULABLE	
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE	0.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.	( )
	TITULABLES	
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	( )
	TITULADO	
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	0.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.	( )
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	0.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.	( )
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	2.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 6 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	0.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. INMEDIATO I.V.	( )
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70	0.0
	ADMINISTRAR 30 Miligramos CADA 1 DIA I.V.	( )
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	0.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	( )
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL	1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL	(uno)

DIAGNOSTICO :

R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 29/2012 19:49 evoluciono VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO MEDICINA INTERNA id: 79,523,145

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

UCI NOCHE

DIAGNOSTICOS:

-.CHOQUE HIPOVOLEMICO EN RESOLUCION.

- NECROSIS TUBULAR AGUDA EN TTO.

- SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE (RENAL - CARDIOVACULAR - HEMATOLOGICO- PULMONAR- HEP ATICA)

3. POP LIPECTOMIA ABDOMINAL.

4. SEPSIS DE ORIGEN EN TEJIDOS BLANDOS?, BAJA PROBABILIDAD.

5. OBESIDAD MORBIDA.

PROBLEMAS: INOTORPIA, FALLA RENAL, PARAMETROS VENTILATORIOS ELEVADOS.

.

E. FISICIO: TA: 100-63 FC. 120 FR: 18 TEMP. 37, AFEBRIL LAS 24 HORAS. PVC: 8CM,
C-C: TOT BIEN.

C-P. RUIDOS CARDIACOS RITMCISO, PULMONAR CON DISMINUCION DE RUIDOS RSPIRAOTRIOS EN LAS BASES PERO NO ESTERTRES

ABDOMEN LAPAROSTOMIZADO

EXTREMIDADES EDEMAS DE MMII GRADO I.

DIURESIS: 0.1CC-K-H CON FUROSEMID A 20MG HORA IV..

.

ANALISIS: PACIWENTE EN MAL ESTADO, NO SANGRADO, FUE NECESARIO REINICIO D ELA INOTORPIA, E STA ANURICA.

.

PLAN SE DEJA CON IGUES MEDICACIONES, FUROSEMIDA IGUAL, EXAMENES DE CONTROL.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD029701 DOPAMINA 200 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE		0.0
	ADMINISTRAR 3 MCG/KL/MIN CADA 1 MIN. I.V.		( )
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0
	ADMINISTRAR 0.10 Miligramos TITULABLE I.V.		(ocho)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		( )
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	POB05BD009702 DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% BOLSA X 500 ML SOL INY	0.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. INMEDIATO I.V.	( )
	PASAR 500ML AHORA Y DEJAR A 20 ML HORA	
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70	1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(uno)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(cincuenta)
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL	1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL	(uno)
Imagenologia	8711210 *X TORAX PORTATIL	1.0
		(uno)
Laboratorio	0900000 *ABORATORIO CLINICO	1.0
	HEMOGRAMA, BUN, CREATININA, TP, TPT.	(uno)

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Orlando Villanueva B.
Medico Internista - UCI
RM 350-50 C.C. 79.523.145

VILLANUEVA BAUTISTA ORLANDO id: 79,523,145 REG:79523145 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 29/2012 19:52 evoluciono SANCHEZ REY MARIA POLDY RADIOLOGIA INTERVENC id: 21,240,480
NOTA : RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA UCI ADULTO CRITICO
EXAMEN SOLICITADO RAYO X TORAX EN AP
JMG
TUBO ENDOTRAQUEAL EN ADECUADA SITUACION
CATCTER YUGULAR DERECHO Y SUBCLAVIO IPSILATERAL CON EXTREMO DISTAL DE LA UNION CAVOARTERIAL
PROMINENCIA HILIAR DE TIPO VASCULAR
SILUETA CARDIACA MAGNIFICADA
AUMENTO EN LA DENSIDAD BASAL DERECHO CON OBLITERACION DEL mNGULO COSTOFRENICO PROBABLEMENTE POR DERRAME PLEURAL
PATRON INTERSTICIAL RETICULAR PARAHILIAR BILATERAL
OPINION
CONSIDERAR HIPERTENSION VENOCAPILAR CON DERRAME PLEURAL IZQUIERDO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R529 DOLOR, NO ESPECIFICADO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: RADIOLOGIA INTERVENC

Maria Poldy Sánchez Rey
MD. Radiologo
Intervencionista Periferico
R.M. 15873

SANCHEZ REY MARIA POLDY id: 21,240,480 REG:15873 RADIOLOGIA INTERVENCIONIS

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 06:46 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
SE RECIBE LABORATORIOS, QUE MUESTRA HEMOGLOBINA EN 5,8, HTO CTO 1,98,
PLAQUETAS 80000, WBC 19.180, SE DECIDE TRANSFUNSION DE 6 UI DE
GRE, 6 DE PLASMA 6UI, PLAQUETAS 10UI,
BUN 61, CREATININA 4,37, TP 17, INR 1,22, TPT 29.2
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	9101022	*RUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR		6.0 (seis)
Ordenes Medicas	LA00022	*TRANSFUNDIR		1.0
		6UI DE GLOBULOS ROJOS E. 6 UI DE PLASMA, 10UI DE PLAQUETAS		(uno)

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Dr. FREDDY
MEDICO GENERAL

GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 10:26 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA
NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

EVOLUCION A.M. JH CUERVO

HOY COMIENZA EL CUARTO DIA EN UCI, A DONDE FUE TRAIDA LUEGO DE LIPECTOMIA-LIPOSUCCION DE ABDOME N Y LIPECTOMIA-LIPOSUCCION DE BRAZOS, PROCEDIMIENTOS HECHOS EN OTRA INSTITUCION Y LOS CUALES OC ASIONARON EL DEMERITO ACTUAL. EL ABDOMEN CONTINUA ABIERTO Y LA PACIENTE EMPAQUETADA, NO HAY HEM ORRAGIA MACROSCOPICA, AUNQUE LA HB Y EL HCTO HAN DISMINUIDO NUEVAMENTE. TIENE NECESIDAD DE SOPO RTE HEMODINAMICO CON NORADRENALINA, SOPORTE VENTILATORIO TOTAL, HEMODIALISIS Y NUTRICION ENTERA L. HAY NECESIDAD DE CERRAR EL ABDOMEN APROVESHANDO LA VENTANA TERAPEUTICA OFRECIDA POR LA TRANS FUSION DE GLOBULOS ROJOS Y PLASMA FRESCO CONGELADO. LOS GASES ARTERIALES SON NORMALES, LO MISMO QUE SU ESTADO METABOLICO. NEUROLOGICAMENTE ES DIFICIL SU VALORACION, PERO EN LAS ACTUALES CIRC USTANCIAS PARECE NO TENER RESPUESTA AL DOLOR. LAS PUPILAS REACCIONAN NORMALMENTE. ES EVIDENTE E L AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR Y EL EDEMA DE TEJIDOS CONSIGUIENTE. LOS CIRUJANOS PLASTI CO Y GENERAL COINCIDEN EN LA NECESIDAD DE CERRAR EL ABDOMEN, PARA LO CUAL SE PIDE TURNO EN CIRU GIA.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA

CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 12:50 evoluciono GUTIERREZ PEREZ FREDY MEDICO GENERAL id: 77,029,983

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

se solicita paraclncios

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	0900000 *ABORATORIO CLINICO		1.0
	TGO, TGP, BILIRRUBINAS, BIRECTA E INDIRECTA, TOTAL, FA, PARCIAL DE ORINA,		(uno)

DIAGNOSTICO :

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Dr. FREDDY

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

GUTIERREZ PEREZ FREDY id: 77,029,983 REG:081447/98 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 17:05 evoluciono BOHORQUEZ MIGUEL ANGEL CIRUGIA GENERAL id: 4,130,611

NOTA : CIRUGIA GENERAL CIRUGIA
DESCRIPCION QUIRURGICA
FECHA PROCEDIMIENTO: 05:05 p.m. 30/07/2012
HORA INICIO: HORA FINAL: 05:05 p.m. 30/07/2012
DIAGNOSTICO DE INGRESO: POP DE DERMOLIPECTOMIA LIPOSUCCION , SEPSIS TEJIDOS BLANDOS , POS T REANIMACIONDE SHOCK SEPTICO.
COAGULOPATIA, IRA TERAPIA REEMPLAZO RENAL .-- HEMODIALISIS.
FOMS.
S ANEMICO SEVERO.
OBESIDAD.
DIAGNOSTICO DE SALIDA : IDEM , NECORSIS POR PARCHES DE ULEON COLON ASCENDENTE Y TRNSVERSO POSIBLEMENTE POR SHOCK Y SEPSIS.
COAGULOPATIA
CIRUJANO: M BNOHORQUEZ
ANESTESIOLOGO: JL CORREDOR
AYUDANTE: F ORTIZ.
INSTRUMENTADORA: CLAUDIA MARCELA
PROCEDIMIENTOS : LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO HEMICOLECTOMIA DERECHA AMPLIADA, ANASTOMOSIS T-T IELEOCOLICA, OMENTECTOMIA PARCIAL .
HALLAZGOS: SANGRADO PEQUEnOS VASOS DE FLANCO I ZQUIERDO , MAS SANGRADO CAPA PARED ABDOME N.
NECROSIS DE TCS MAS PIEL,BORDES. MAS NECROSIS DE COLON DEREHCO MAS COLONTRANSVERSO YDE I LEON DISTAL
.
PATOLOGIAS : COLON DERECHO E ILEON
EPIPLON
DESCRIPCION: A.A. INCISION DE VIAFLEX. CON DRENAJE DE COAGULOS DE PmRED ,CON HEMOSTASIA F LANCO IZQUIERDO SE COLOCA PUNTOS SEDA DOS CEROS ,TRES CEROS, SE HACE HEMOSTASIA DE PARED CO N EELECTROBISTURI , CON LAVDAO SSN MAS H2O2.
SE HACE REVISION DE CAVIDAD , HALLAZGOS DE NECROSI DE COLON YDE ILEON P6R LO QUE SE DECIDE H EMICOLECTOMIA DERECHA HASTA LADO IZQUIERDO DE COLICA MEDIA P OR NECROSIS POR PARCHES. CON DE ShPRENDIMEINTO COLON DERECHO HEMSOTASAI SEDA DOS CEOS LIGADURAS MESOCOLON Y DE MEMSENTERIO CON SEDA DOS CEROS Y TRES CEROS ,PMENTECTOMIA PARCIAL. SEDA DOS CEROS.
SE HACE HEMOSTASIADE RETROPERITONEO DERECHO SEDA DOS CEROS ELCTROBISTURI , EMPAQUETAMIENOT M OMENTANEO, SE HACE SECCINDE ILEON A UNOS 50 CM DE VALVULA YA QUE A LOS TREINTA CMS SE NCUENRTA MUCOSAS NECROTICAS. SE HACE SECCION DE COLON TRANSVERSO ENTRE CLAMPS ,SE HACE ANASTOMOSIS Y NO OSTOMIA P OR PRESEN TAR COLGAJOS CUTANEOS AMPPLIOS Y TCS . SE SUTURAA ANASTOMOSSIS C ON VICRYL TRES CEROS Y hPROLEENE TRES CEROS VASCULAR, PUNTOS SEPARADOS, CIERRE MESO SEDA TRES

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

CEROS. REVISION DE HEMOSTASIA.

SE HACE LAVADO SSN EN TOTAL EN CAVIDAD Y PAREED CON 13000 CC SSN TIBIA MAS H2O2 PARED DE A BDOMEN .

SE CIERRA VIAFLEX CON PROLEENE CERO ., SE HACE NUEVO RECUENTO FALTANDO UNA COMPRESA POR L O QUE SE RETIRA VIAFLEX E REVISA NUEVAMENTE CAVIDAD SIN HALLAZGOS DE COMPRESSAS EN CAVIDAD , SE COLOCA NUEVO VIAFLEX CON PROLENE UNO POR DOS.

NUEVO LAVADO PmRED. SEDA DOPS CEROS.

SE DEJA DOS COMPRESAS NE LPARED DE FLANCO IZQUIERDO Y UNA EN FLANCO DERECHOENTRE PILE Y TCS Y APONEUROSIS

SE CUBRE AREA CRUENTA CON COMPRESASAS, Y SE COLOCA FAJA.

SE CONTINUARAA MANEJO CON NUTRICION PARENTERAL TOTAL MAS ANTIBIOTICOS Y LEV MAS LAVADOS A NECESIDAD.

hPRONOSTICO OMIN OSO.

SE TRANSFUNDIO GRE MAS PLAASMA , GOTEO DE NORADRENALINA LEV.

LOS GASES CON ACIDOSSIS

METABOLICA, CON TRASTORNO DE OXIGENACION SEVERA.

.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Ordenes Medicas	OM00002 *DIETA POR NUTRICION		1.0
	NUTRICION PARETERAL TOTAL,POR REQUERIR DE HENMICOLECTOMIA AMAPLIADA MAS ANA		(uno)
	STOMOSIS.		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0
	ADMINISTRAR 0.10 Miligramos TITULABLE I.V.		(ocho)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		( )
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. PARA MEZCLA I.V.		(tres)
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70		1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(uno)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL		1.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL (uno)

DIAGNOSTICO :
Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



BOHORQUEZ MIGUEL ANGEL id: 4,130,611 REG:9977-86 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 17:20 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
REINGRESA PACIENTE A LAS 17:10 HRS, PROCEDENTE DE SALA DE CIRUGIA, ACOPLADA A VENTILADOR MECANI
CO, SIN SEDOANALGESIA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, SIN RESPUESTA ALGUNA A ESTIMULOS DOLOROSO
S, SIN RESPUESTA CARDINAL.
SE REALIZAN GASES ARTERIALES QUE REPORTAN: pH: 7.28 PO2: 74.1, PCO2: 51, HCO3:21.7, HGB: 11.7,,
K: 5.8, Na: 142, Ca:0.91, SE DECIDE CONTINUAR TRANSFUSION DE PLAQUETAS 16U Y PLASMA, SE DEJA C
ON BASE 200CC/HR, EN ESTRICTO MONITOREO HEMODINAMICO.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 150 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Laboratorio	9101102 *NIDAD DE PLAQUETAS STANDART		16.0
			(dieciseis)
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0
	ADMINISTRAR 0.10 Miligramos TITULABLE I.V.		(ocho)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		( )
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70		1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(uno)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.		(cincuenta)
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL		1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL		(uno)

DIAGNOSTICO :

A419 SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 576 525
R.M. 230202

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 18:02 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

PACIENTE HTA Y TAQUICARDICA (TA: 186/95, FC: 100XMIN), SE INICIO DOBUTAMINA A 0.15ucg/kg, CON S OPORTE HIDRICO, ACOPLADA A VENTILACION MECANICA. SIN RESPUESTA NEUROLOGICA O MOTORA ALGUNA, SIN SEDOANALGESIA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 150 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD028701 DOBUTAMINA 250 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 0.15 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(uno)
	INICIA A 0.15 ucg/K/MIN.		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0
	ADMINISTRAR 0.10 Miligramos TITULABLE I.V.		(ocho)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.		(diez)
	TITULABLES		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	( )
	TITULADO	
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.	(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70	1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(uno)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(cincuenta)
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL	1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL	(uno)

DIAGNOSTICO :

R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 576 525
R.M. 230202

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 18:20 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 150 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD028701 DOBUTAMINA 250 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 6 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(uno)
	PASAR A 6UG/K/MIN.		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0
	ADMINISTRAR 0.15 Miligramos TITULABLE I.V.		(ocho)
	TITULABLE		
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE		10.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.	(diez)
	TITULABLES	
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	( )
	TITULADO	
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.	(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70	1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(uno)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(cincuenta)
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL	1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL	(uno)

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 576 525
R.M. 230202

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 19:10 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 150 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD028701 DOBUTAMINA 250 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 6 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(uno)
	PASAR A 6UG/K/MIN.		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

	ADMINISTRAR 0.15 Miligramos TITULABLE I.V.	(ocho)
	TITULABLE	
Farmacia	PON01AF005701 ***FENTANILO CITRATO 005 MG/ML(0005%) SOLUCION INYECTABLE	10.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.	(diez)
	TITULABLES	
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY	0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	( )
	TITULADO	
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.	(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA	2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.	(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE	3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.	(tres)
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70	1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(uno)
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	(cincuenta)
Farmacia	NP64323 23 ***FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL	1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL	(uno)
Imagenologia	8711210 *X TORAX PORTATIL	1.0
		(uno)

DIAGNOSTICO :

R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 129 576 525
R.M. 230202

BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 20:53 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

UCI

DX Y MANEJO ANOTADO.

SE ENCUENTRA CON SOPORTES INOTROPICOS Y VASOPRESORES, CON ADECUADAS PAM Y CON PRESIONES DE LLEN ADO NORMALES, PERSISTE CON TAQUICARDIA. A NIVEL RESPIRATORIO ESTA SOPORTADA CON EL VENTILADOR M ECANICO, SATURANDO POR PULSO OXIMETRIA 98%. RENALMENTE ESTA EN BALANCE + CON GU DE 0,05CCKH. EN HEMODIALISIS. METABOLICAMENTE ESTA SIN SOPORTES, ARRIVA DE SALAS DE CX. ULTIMA GLUCOMETRIA 151

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

MGDL. INFECCIOSO CON FIEBRE TEMP MAXIMA 38,3oC Y NEUROLOGICAMENTE ESTA SIN EFECTOS DE SEDOANAL
GESIA CON GLASGOW DE 3/15.
LA EVOLUCION ES TORPIDA. SS LAB DE CONTROL. DADA SU INESTABILIDAD HEMODINAMICA NO SE PcEDE LLEV
AR A TAC CEREBRAL. SS VAL POR NEUROLOGO PARA DEFINIR MUERTE CEREBRAL YA QUE NO TIENE REFLEJOS C
LINICOS DE ACTIVIDAD DEL TALLO CEREBRAL.
G. GONZALEZ
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		4.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cuatro)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD028701 DOBUTAMINA 250 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 6 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(uno)
	PASAR A 6UG/K/MIN.		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		8.0
	ADMINISTRAR 0.15 Miligramos TITULABLE I.V.		(ocho)
	TITULABLE		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 100 UI/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.		(uno)
	TITULADO		
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(seis)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. CADA 8 HORAS I.V.		(tres)
Farmacia	NP21533 70 NP21533 70		1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 DIA I.V.		(uno)
Laboratorio	0900000 *ABORATORIO CLINICO		1.0
	CH BUN CREATININA PT PTT IONOGRAMA GASES ARTERIALES		(uno)
Imagenologia	8711210 *X TORAX PORTATIL		1.0
			(uno)

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 30/2012 22:14 evoluciono GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ CIRUGIA GENERAL

NOTA : CIRUGIA GENERAL UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		5.0
	ADMINISTRAR 200 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(cinco)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CD028701 DOBUTAMINA 250 MG/20 ML SOLUCION INYECTABLE		5.0
	ADMINISTRAR 6 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(cinco)
	PASAR A 6UG/K/MIN.		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		0.0
	ADMINISTRAR 0.15 Miligramos TITULABLE I.V.		( )
	TITULABLE		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		4.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(cuatro)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		0.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		( )
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)

DIAGNOSTICO :

R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL



GONZALEZ BERNAL GIOVANNY ENRIQ id: 11,188,552 REG:30998 CIRUGIA GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 08:48 evoluciono GUZMAN DUQUE CATALINA CIRUGIA PLASTICA id: 52,389,151

NOTA : CIRUGIA PLASTICA UCI ADULTO CRITICO

PACIENTE DE 50 AnOS CON DIAGNOSTICOS

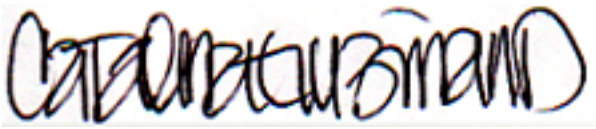
1. FALLA MULTISISTEMICA (COMPROMISO RENAL, HEMODINAMICO, NEUROLOGICO, VENTILATORIO, HEMATOLOGIC

O, METABOLICO)
2. POP HEMICOLECTOMIA POR ISQUEMIA DEL COLON
3. SHOCK HEMORRAGICO
4. POSTOPERATORIO DE LIPOSUCCION Y DERMOLIPECTOMIA EXTRAINSTITUCIONAL
5. OBESIDAD MORBIDA
PACIENTE EN PESIMO ESTADO GENERAL, INTUBADA, SIN RESPUESTA A ESTIMULOS. FC 110 X MIN, SO2 100%,
TA 106/70. FR 17 X MIN
EDEMA GENERALIZADO. PUPILAS FIJAS, NO REACTIVAS.
HERIDA CUBIERTA CON CAMPOS, CON SANGRADO ESCASO. NO SE DESTAPA NI SE HACE CURACION.
EXTREMIDADES CON EDEMA QUE HA AUMENTADO, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA.
PACIENTE CON DETERIORO SEVERO DE SU CUADRO CLINICO, NUEVAMENTE REQUIERE SOPORTE INOTR
OPICO, CON ANEMIA SEVERA SIN SANGRADO ACTIVO, PROLONGACION DE PRUEBAS DE COAGULACION, AGRAVAMIE
NTO DE SU FALLA RENAL, LEUCOCITOSIS EN AUMENTO, ACIDOSIS METABOLICA COMPENSADA CON TRASTORNO SE
VERO DE LA OXIGENACION. EN EL MOMENTO DE LA VALORACION SE ENCUENTRA EL SERVICIO DE CUIDADO INT
ENSIVO EN REVISTA Y DETERMINAN AUSENCIA DE RESPUESTA NEUROLOGICA POR LO CUAL SE REALIZARA TEST
DE APNEA PARA DETERMINAR PRONOSTICO DE LA PACIENTE.
PACIENTE CON PESIMO PRONOSTICO POR FALLA MULTISISTEMICA. AYER SE EXPLICO A FAMILIARES ALTISIMA
PROBABILIDAD DE FALLECIMIENTO.
P/ MANEJO POR UCI.

ANALISIS DE LA EVOLUCION:
PACIENTE CON FALLA MULTISISTEMICA CON AUSENCIA DE RESPUESTA NEUROLOGICA. PESIMO PRONOSTICO.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA PLASTICA



GUZMAN DUQUE CATALINA id: 52,389,151 REG:1984 CIRUGIA PLASTICA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 12:22 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330
NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
EVOLUCION UCI INTENSIVA DIA.
PACIENTE DE 50 AnOS CON DX ANOTADOS.
NOTA RETROSPECTIVA DE VALORACION ESPECIALIZADA:
PACIENTE CONOCIDO POR ESTE SERVICIO EN TRATAMIENTO CON SOPORTE VENTILATORIO PARAMETROS MODERADO

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

S Y SOPORTE VASOPRESOR CON NORADRENALINA Y DOBUTAMINA QUIEN CURSA CON AUSENCIA DE REFLEJOS DE T
ALLO CON PUPILAS NO REACTIVAS, FIJAS DE 4 MM, NO REACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO TUSIGENO NEGATIVO,
NO ESFUERZO INSPIRATORIO, OCULOGIROS NEGATIVOS, PACIENTE CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL NORMAL
ES GRACIAS AL SOPORTE VASOPRESOR E INOTROPICO CON TA: 130/70, FC: 115, FR: 0, TEMP: 36 GRADOS C
ENTIGRADOS, ELECTROLITOS NORMALES CON SODIO DE 143, POTASIO DE 4.3, TIEMPOS DE COAGULACION NORM
ALES, HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS DE 25.100 HB DE 6.5, PLT DE 140.000, BUN 59, CREAT 4.4, SODIO
DE 143, POTASIO DE 3.4, CALCIO DE 4.0, CLORO DE 118, GASES ARTERIO VENOSOS: SIN ALTERACION ACID
O BASICA SIN TRANSTORNO DE LA OXIGENACION.
SE PROCEDE A REALIZAR TEST DE APNEA EN SEGUNDO INTENTO CON INICIO DE PCO2 EN 41, PREVIA OXIGENA
CION AL 100 % Y DURANTE 7 MINUTOS ALCANZANDOSE UN NIVEL DE PCO2 EN 60.3 MMHG SIN LOGRAR ESFUERZ
O INSPIRATORIO, DURANTE EL PRIMER INTENTO DEL TEST EL PACIENTE REQUIERE ADMINISTRAR ADRENALINA
1 MG Y ATROPINA 1 MG POR INESTABILIDAD HEMODINAMICA. NO COMPLICACIONES.
TEST DE APNEA POSITIVO PARA MUERTE ENCEFALICA. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD DE NEURO
CIENCIAS (DR MENENDEZ) PARA CERTIFICAR LA APRECIACION DESCRITA.
ELABORADO POR
DR JULIO CESAR ROJAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POC01CE004701 EPINEFRINA 1 MG/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos UNA VEZ I.V.		(uno)
Farmacia	PON07AA033701 ATROPINA 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos UNA VEZ I.V.		(uno)

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 16:33 evoluciono MENENDEZ BARRETO JUAN CARLOS NEUROCIRUGIA id: 79,152,952
NOTA : NEUROCIRUGIA UCI ADULTO CRITICO
HE SIDO LLAMADO PARA EVALUAR LA CONDICION NEUROLOGICA DE LA PACIENTE EN LA TARDE DE HOY

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

SE ENCUENTRA EN COMA NO RACTIVO
LAS PUPILAS DILATADAS Y PARALIZADAS
AUSENCIA DE TODOS LOS REFLEJOS DE TALLO CEREBRAL
AUSENCIA DE MOVIMIENTOS OCULOCEFALOGIROS Y PRUEBAS VESTIBULARES NEGATIVAS
AUSENCIA DE AUTOMATISMO RESPIRATORIO
ES EL CUADRO CLINICO DE MUERTE ENCEFALICA
MENENDEZ
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: NEUROCIRUGIA



MENENDEZ BARRETO JUAN CARLOS id: 79,152,952 REG:7816/86 NEUROCIRUGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 17:42 evoluciono ROJAS ROJAS JULIO CESAR MEDICINA INTERNA id: 86,048,330
NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
NOTA DE TURNO UCI TARDE.
PACIENTE CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO POR NEURO - CIRUJANO DR MENENDEZ DE MUERTE ENCEFALICA, INF
ORMO PERSONALMENTE A HERMANA DE LA PACIENTE QUIEN SOLICITA REALIZAR POR PARTE DE MEDICO NEUROLO
GO EXTRA INSTITUCIONAL DE SU ESTADO NEUROLOGICO. POR LO TANTO SE SOSTIENE TERAPIA DE SOPORTE Y
SE ESPERA A NEUROLOGO PARTICULAR DE LA FAMILIA.
NOTA: FAMILIAR ADEMAS SOLICITA NECROPSIA CLINICA ANTE DUDAS REFERENTE A LA ATENCION PRESTADA EN
ESTA INSTITUCION. SE DIRECCIONARA ANTE LOS ENTES REGULADORES MUNICIPALES (MEDICINA LEGAL - URI
)
DR JULIO CESAR ROJAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA - UCI.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

ROJAS ROJAS JULIO CESAR id: 86,048,330 REG:50-0226 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 19:15 evoluciono BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES MEDICO GENERAL
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POC01CE004701 EPINEFRINA 1 MG/ML SOL INY		1.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos UNA VEZ I.V.		(uno)
Farmacia	PON07AA033701 ATROPINA 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE		1.0
	ADMINISTRAR 1 Miligramos UNA VEZ I.V.		(uno)
Imagenologia	8711210 *X TORAX PORTATIL		1.0
			(uno)

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



BARRETO ARCOS VANESSA MERCEDES id: 1129,576,525 REG:230202 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 19:25 evoluciono SANCHEZ REY MARIA POLDY RADIOLOGIA INTERVENC id: 21,240,480
NOTA : RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA UCI ADULTO CRITICO
FECHA : 29 DE JULIO DE 2012
RADIOGRAFIA : TORAX PORTATIL
TUBO ENDOTRAQUEAL EN ADECUADA SITUACION
CATETER YUGULAR DERECHO CON EXTREMO DISTAL EN LA UNION CAVO ATRIAL

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

DISMINUCI6N DEL VOLUMEN PULMONAR GENERALIZADO CON PATRON INTERSTICIAL PARAHILIAR Y AUMENTO EN L
A DENSIDAD BASAL
OPINION
PACIENTE OBESA CON DISMINUCI6N DEL VOLUMEN PULMONAR GENERALIZADO.
TRANSCRIBE KAREN NAVARRETE
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: RADIOLOGIA INTERVENC

María Poldy Sánchez Rey
MD. Radiólogo
Intervencionista Periférico
R.M. 15873

SANCHEZ REY MARIA POLDY id: 21,240,480 REG:15873 RADIOLOGIA INTERVENCIONIS

FORMULA VALIDA POR 24 HORAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 20:37 evoluciono VILLEGAS LEMUS JAVIER ARTURO MEDICINA INTERNA
NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 ***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		2.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.		(dos)
	BOLSAS X 1000CC		
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		40.0
	ADMINISTRAR 0.15 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.		(cuarenta)
	TITULABLE		
Farmacia	POA02B01 701 ***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.		(dos)
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		4.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.		(cuatro)
Farmacia	POJ01XV013721 ***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		0.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.		( )
Farmacia	POA12AC002701 GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 8 HORAS I.V.		(tres)

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO
N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

VILLEGAS LEMUS JAVIER ARTURO id: 8,746,737 REG:4192 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 21:21 evoluciono VILLEGAS LEMUS JAVIER ARTURO MEDICINA INTERNA

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

EVOLUCION UCI NOCHE.

IDX:

1.CHOQUE HIPOVOLEMICO.

2.NECROSIS TUBULAR AGUDA.

3. SINDROME DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE (RENAL - CARDIOVACULAR - HEMATOLOGICO- PULMONAR- HE PATICA).

4. POP LIPECTOMIA ABDOMINAL.

5. SEPSIS DE ORIGEN EN TEJIDOS BLANDOS.

6. OBESIDAD MORBIDA.

7. MUERTE ENCEFALICA.

EF: TA: 130/63 TAM: 70 FC: 127 PVC: 10 T: 37.2 FR: 19 SAT: 97%

DIURESIS: 0.0 .

C/C: TOT EN POSICION SIN SECRECIONES.

C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS,PULMONES IN AGREGADOS.

ABD:HERIDA CUBIERTA CON CAMPOS, CON SANGRADO ESCASO. EXT:EDEMA GENERALIZADO, PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA. NER: EN COMA, PUPILAS FIJAS, NO REFLEJOS DE TALLO.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO POR NEURO - CIRUJANO, DE MUERTE ENCEFALICA, SE AGUARDA REA LIZACION DE PARTE DE MEDICO POR NEUROLOGO EXTRA INSTITUCIONAL DE SU ESTADO NEUROLOGICO. CONTIN UA CON TERAPIA DE SOPORTE.

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA

E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

VILLEGAS LEMUS JAVIER ARTURO id: 8,746,737 REG:4192 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Jul. 31/2012 22:12 evoluciono VILLEGAS LEMUS JAVIER ARTURO MEDICINA INTERNA

NOTA : MEDICINA INTERNA UCI ADULTO CRITICO

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO		DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POB05XR008701	***LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY		2.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.			(dos)
	BOLSAS X 1000CC			
Farmacia	POC01CA03 701	NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY		40.0
	ADMINISTRAR 0.15 MCG/KL/MIN TITULABLE I.V.			(cuarenta)
	TITULABLE			
Farmacia	POA02B01 701	***OMEPRAZOL 40MG SOL. INY		2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.			(dos)
Farmacia	POJ01CM026722	MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION		4.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 12 HORAS I.V.			(cuatro)
Farmacia	POJ01XV013721	***VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA		0.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 2 DIAS I.V.			( )
Farmacia	POA12AC002701	GUCONATO DE CALCIO 10% SOLUCION INYECTABLE		3.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 8 HORAS I.V.			(tres)
Laboratorio	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		1.0
				(uno)
Laboratorio	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		1.0
				(uno)
Laboratorio	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y L		1.0
				(uno)
Laboratorio	9000001	*ONOGRAMA(NA.K.CL.CA)		1.0
				(uno)
Laboratorio	903856	NITROGENO UREICO		1.0
				(uno)
Laboratorio	903825	*REATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		1.0
				(uno)
Farmacia	POC03CF017701	FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE		4.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 6 HORAS I.V.			(cuatro)

DIAGNOSTICO :

R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

N179 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA

E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

PERS.ATIENDE: MEDICINA INTERNA

VILLEGAS LEMUS JAVIER ARTURO id: 8,746,737 REG:4192 MEDICINA INTERNA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Agt. 01/2012 08:43 evoluciono ORTEGA VILLALBA ROBERTO NEUROLOGIA id: 72,200,727

NOTA : NEUROLOGIA UCI ADULTO CRITICO
NEUROLOGIA CLINICA
SOLICITAN VALORACION DE MUERTE ENCEFALICA CONFIRMADA POR NEUROCIRUGIA
SE ENCUENTRA EN COMA PROFUNDO SIN RESPUESTA A NINGUN TIPO DE ESTIMULOS EXTERNOS, PUPILAS MIDRAI
TICAS SIN RESPUESTA DIRECTA NI CONSENSUAL, OCULOCEFALOGIROS NEGATIVOS CARINAL NEGATIVO
CLINICA DE MUERTE ENCEFALICA TIENE TEST DE APNEA POSITIVO Y CONFIRMATORIO DE MUERTE ENCEFALICA
DX MUERTE ENCEFALICA
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
T819 COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS, NO ESPECIFICADA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: NEUROLOGIA

Roberto Ortega V
Dr. Roberto Ortega V.
R.M. 0984-99
C.C. 72.200.727
NEUROLOGIA

ORTEGA VILLALBA ROBERTO id: 72,200,727 REG:0984/99 NEUROLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Agt. 01/2012 10:52 evoluciono CUERVO PINTO JULIO HERNAN ANESTESIOLOGIA CUIDA

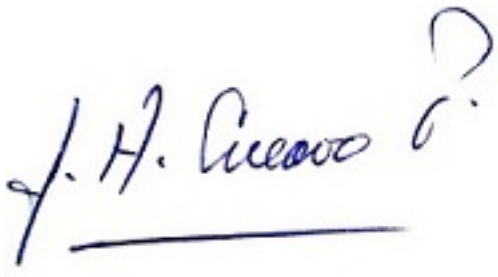
NOTA : ANESTESIOLOGIA CUIDADOS INTENS UCI ADULTO CRITICO
EVOLUCION A.M. JH CUERVO.
SIN CAMBIOS. ES EVIDENTE LA MUERTE CEREBRAL. COMA PROFUNDO, NO HAY REACCION A NINGUN TIPO DE ES
TIMULO, PUPILAS MIDRIATICAS SIN REACCION A LA LUZ DIRECTA NI EN FORMA CONSENSUAL. NO HAY REFLEJ
OS OCULOCEFALOGIROS. NO HAY NINGUN INTENTO PARA RESPIRAR, TEST DE APNEA Y REFLEJO CARINAL ABOL
IDOS. NO HA RECIBIDO NINGUNA DROGA DEPRESORA DEL SNC. EL SOPORTE CV Y RESPIRATORIO ES TOTAL. SE

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

ENCUENTRA ANURICA. LA RADIOGRAFIA DEL TORAX NO PRESENTA ALTERACIONES A PESAR DE LA INMENSA CAR
GA TRANSFUSIONAL. BUN 74.6, CREAT 5.43, ELECTROLITOS NORMALES, PT Y PTT NORMALES, HB 5.3, HCT 1
6 PLT 98000 LEUC 31560. NO RESUCITACION.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
T819 COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS, NO ESPECIFICADA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: ANESTESIOLOGIA CUIDA



CUERVO PINTO JULIO HERNAN id: 19,069,474 REG:01-02677 ANESTESIOLOGIA CUIDADOS I

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Agt. 01/2012 14:32 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406
NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
NOTA DE TURNO D ELA TARDE
SIENDO LAS 13+30 H. SE ATIENDE LLAMDO DE ENFERMERIA , ENCONTRANDO PCTE
EN ASITOLIA CON LINEA ISOELECTRICA PLANA CON TA DE (O) CERO. FRECCARDIACA DE
DE CERO , (O)
CON DX. DE MUERTE CEREBRAL HECHA POR GASES ARTERIALES AL DIA ANTERIOR, EN DONDE EL
REhPORTE ES POSITIVO PARA MUERTE CEREBRAL .
EN HORAS DE LA TARDE , DEL MISMO DIA ES VALORADA POR DR JUAN CARLOS MENENDEZ , NEURO
- CIRUJANO QUINE CNFIRMA DX. DE MUERTE CEREBRAL . EN LA TARDE DEL DIA 31/07/2012 Y RECO
NFIRMA DX . EN LA MAnANA SIGUIENTE .
. SE LE SOLICITO CONCEPTO A NEUROLOGO DE TURNO DR . ROBERTO ORTEGA QUIEN CONFIRMA
DIAGNOSTICO DE MUERTE CEREBRAL.
POR TANTO , PREVIA VALORACION MEDICA SOBRE LAS 13+30 H , SE CONFIRMA SU FALLECIMIENTO
. NO SE LE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION .
SOBRE LAS 13+30 H. SE CONFIRMA PCTE FALLECIDA SE LE INFORMA A LA FAMILIA PARA QUE
EN LA UNIDAD VERIFIQUE SU FALLECIMIENTO . SOBRE LAS 14+40 DE LA TARDE NO A SUBIDO
A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NINGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA PARA Q VERIFIQUE SU F
ALLECIMIENTO , POR LO QUE SE SE INTENTA NUEVAMENTE COMUNICACION CON LOS FAMILIARES DE L
A PCTE .
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC



DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Agt. 01/2012 16:38 evoluciono DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON MEDICO GENERAL id: 11,383,406

NOTA : MEDICO GENERAL UCI ADULTO CRITICO
NOTA DE TURNO DE LA TARDE
PCTE DE 50 AnOS DE EDAD DX ANOTADOS
A QUIEN SOBRE LAS 13+30 H . SE LE CONFIRMO SU FALLECIMIENTO SOBRE LAS 15+00 H
SE LOGRA CONTACTO CON LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (HERMANA Y ESPO
SO) DE LA PCTE QUIENES EN COMUN ACUERDO ACEPTAN QUE A LA PCTE SE LE REALICE
PROCEDIMIENTO MEDICO - LEGAL (NECROPSIA) ,
POR TAL MOTIVO SE COMUNICA CON AL UNIDAD DE REACCION INMEDIATA URI DE LA FISCALIA,
PARA INFORMARLE DE LA SITUACION Y DE INMEDIATO, SE ACERCAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS I
NTENSIVOS DE LA CLINICA META DONDE SE ENCUENTRA EL CADAVER PARA SU RESPECTIVA INSPEC
CION Y RECONOCIMIENTO DEL CADAVER .
SE LE FACILITA EPICRISIS DEL H.C DE LA PCTE Y POSTERIOR A SU INSPECCION Y RE
CONOCIMIENTO SE PROCEDE A TRASLADO DEL CADAVER A LA MORGUE DE LA INSTITUCION
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R571 CHOQUE HIPOVOLEMICO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL



DUQUE CRIOLLO JOSE WILSON id: 11,383,406 REG:50-0299 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

Agt. 02/2012 08:39 evoluciono SANCHEZ REY MARIA POLDY RADIOLOGIA INTERVENC id: 21,240,480

NOTA : RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA UCI ADULTO CRITICO
FECHA : 31 DE JULIO DE 2012
RADIOGRAFIA :TORAX PORTATIL

Nombre:SABOGAL VIGOYA MARLENY CC **40,370,255 - 01-000002**

CARDIOMEDIASTINO DE TAMAnO NO EVALUABLE
CATETER CENTRAL CON EXTREMO EN LA UNION CAVO ATRIAL
TUBO ENDOTRAQUEAL CON EXTREMO APROXIMADAMENTE A 3 cm DE LA CARINA.
ANGULOS CARDIO Y COSTOFRENICOS LIBRES.
TRANSCRIBE KAREN NAVARRETE
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :
R579 CHOQUE , NO ESPECIFICADO

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: RADIOLOGIA INTERVENC



SANCHEZ REY MARIA POLDY id: 21,240,480 REG:15873 RADIOLOGIA INTERVENCIONIS

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS **Tipo Afil:SIN DETERMINAR**

CIERRE HISTORIA CLINICA OSCAR YESID TORRES VERA AGT 01/2012
Diagnostico de egreso:
R060 R060
I959 I959
H113 H113
R579 R579
ESTADO SALIDA : MUERTO (a)



ATENDIDO POR: JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA Reg. 509442

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
PROGRAMACIÓN Y REGISTRO DE LA HOJA DE GASTOS

FECHA DE CIRUGIA	30-Oct-12	HORA PROGRAMACIÓN		HORA REAL	13+30	ENTIDAD	
NOMBRE	Marley Sabogal.		IDENTIFICACIÓN	40.370.255.		EDAD	
TELEFONO		HOSPITALIZADO	UCIA 5	AMBULATORIO		SALA	
DIAGNOSTICO	POP Lipoaspiración + Dermolipectomia TOP?						
PROCEDIMIENTO	Lavado Quirurgico.						
CIRUJANO	Dr Bohorquez			AYUDANTE	Francisco Ortiz		
ANESTESIOLOGO	Dr. Omar Zamudio			ANESTESIA	General		
OBSERVACIONES	Esta Entubada						
GRUPO		DERECHOS DE SALA				TIEMPO QUIRÚRGICO	
AUXILIAR SALA	Lic M. Soracipa	INSTRUMENTADORA		(Nini Rojas) Claudia			

PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO
Ampicilina x 1 gr			Metronidazol 500mg			Aguja espinal #			Surgicel 10x10	2		Tubo a torax #
Atropina 1mg/ ml Amp.			Metilergometrina 0.2mg			Aguja hipodermica #23	1 ✓		Gasas paquete			Tubo Orotraqueal #
Amp+Sulbactan 1.5 g			Metoclopramida amp 10mg			Aposito paquete			Hojas de bisturi # 23	1 ✓		Valvula de Derivacón
Bupivacaina 0,25%			Midazolam x 5 mg			B. Hemodilución			Hojas de bisturi # 20	1 ✓		Venda Elastica
Bupivacaina pesada			Morfina amp 10mg			Bata desechable			Hemovack			Venda Algodón
Cefazolinax 1 gr			Neostigmina 0.5mg			Buretrol Equipo			Jeringa x 1 ml			Venda de Yeso
Ciprofloxacina gotas			Oxitocina amp			Canula Nasal			Jeringa x 5 ml	1+2 ✓		Vicryl 3,0 SH
Clindamicina 600mg			Pancuronio 4mg/ml			Cateter heparinizado			Jeringa x 10 ml	2+1	2 ✓	Vicryl 1 CT1
Ceftriaxona x 1 gr			Propofol 10mg/ml			Cateter Central			Jeringa de 20 ml	2+1	3 ✓	Yodopolividona solución
Dexametasona 8 mg			Succinil colina x cc			Cánula de traqueost.			Kit Craneotomia			Yodopolividona espuma
Dipirona x 2.5 gr			Remifentanilo amp			Cromado			Kit Ventriculostomia			Lopiz electr
Dexametasona 4 mg			Sevofluorano			Cromado			Ioban			Cuchilla Sheyver
Dopamina amp 200 mg			Sodio bicarbonato 10ml			Cuchilla Sheyver			Malla Prolene cc			Lapiz 3000
Fitomenadiona 2 mg			Solucion Salina 100 ml	1 ✓		Cystoflo			Oxigeno Hora			prolena CT1
Fentanilo amp	2+1	1 ✓	Solucion Salina 500 ml			Drenes			Pleuroback			Seda 3,0 SH
Gentamicina 80 mg			Solucion Salina 1000 ml	13 ✓		Duragen			Prolene 3,0 SH	1+2 ✓		Seda 2,0 SH
Gluconato calcio 10 ml	1 ✓		Sulfadiazina de plata			Equi. Transfusion	1 ✓		Prolene 0 CT1	2 ✓		Prolene 0
Heparina sódica fco			Tiopental x 1 g amp			Equipo Venoclisis Mod	1 ✓		Paquete de Ropa	1		
Isofluorano			Tramadol 50 mg amp			Equi. Irrigacion en Y			Spongestan	2 ✓		
Lact. Ringer x 500 ml			Tramadol 100 mg amp			Electrodos			Seda 2,0 SH	3+1+1	5 ✓	
Lact. Ringer x 1000 ml	1+1	1 ✓	Vecuronio amp	1 ✓		Ethibond			Seda 3,0 SH	6	1 ✓	
Lidocaina 1 % se			Vaselina			Ethibond			Sonda Foley #			
Lidocaina Jalea			Agua Esteril 3000 ml			Frasco Patología			Sonda Nelaton #			
Meperidina 100 mg			Angiocath #			Guantes	8+6	14 ✓	Sonda Levin #			
SUBTOTAL			SUBTOTAL			SUBTOTAL			SUBTOTAL			SUBTOTAL

PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA DEL HLCA

PROGRAMACIÓN | REGISTRO DE LA HOJA DE GASTOS

COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA DE CIRUGIA	26 - 07 - 2012.	HORA PROGRAMACIÓN		HORA REAL	20:00		ENTIDAD
NOMBRE	Harleny Sabogal Vigoya		IDENTIFICACIÓN	40370255.			EDAD
TELEFONO		HOSPITALIZADO		AMBULATORIO			SALA
DIAGNOSTICO							
PROCEDIMIENTO	Laparatomia Exploratoria.						
CIRUJANO	Dra Mary Paz / Dr. Andrade.			AYUDANTE			
ANESTESIOLOGO	Dr. Castell.			ANESTESIA	General.		
OBSERVACIONES							
GRUPO		DERECHOS DE SALA					TIEMPO QUIRÚRGICO
AUXILIAR SALA	Jahel	INSTRUMENTADORA		Marcela.			

PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO	CANTIDAD	TOTAL	PRODUCTO
picilina x 1 gr			Metronidazol 500mg			Aguja espinal #			Surgicel			Tubo a torax #
Atropina 1mg/ ml Amp.	1 ✓		Metilergometrina 0.2mg			Aguja hipodermica #	9 12 ✓		Gasas paquete			Tubo Orotraqueal #
Amp+Sulbactan 1.5 g			Metoclopramida amp 10mg			Aposito paquete			Hojas de bisturi # 23 ✓			Valvula de Derivacón
Bupivacaina 0,25%			Midazolam x 5 mg			B. Hemodilución			Hojas de bisturi #			Venda Elastica
Bupivacaina pesada			Morfina amp 10mg			Bata desechable			Hemovack			Venda Algodón
Cefazolinax 1 gr			Neostigmina 0.5mg	5 ✓		Buretrol Equipo			Jeringa x 1 ml			Venda de Yeso.
Ciprofloxacina gotas			Oxitocina amp			Canula Nasal			Jeringa x 5 ml	4 ✓		Vicryl 30SH =
Clindamicina 600mg			Pancuronio 4mg/ml			Cateter heparinizado			Jeringa x 10 ml	1 + 1 ✓		Vicryl 30SC20
Ceftriaxona x 1 gr			Propofol 10mg/ml	20 ✓		Cateter Central			Jeringa de 20 ml	1 ✓		Yodopolividona solución
Dexametasona 8 mg			Succinil colina x cc			Cánula de traqueost.			Kit Craneotomia			Yodopolividona espuma
Dipirona x 2.5 gr			Remifentanilo amp	1 ✓		Cromado			Kit Ventriculostomia			Cauchо Sueltо
Dexametasona 4 mg			Sevofluorano			Cromado			Ioban			Lapiz Electro
Dopamina amp 200 mg			Sodio bicarbonato 10ml			Cuchilla Sheyver			Malla Prolene cc			Jaher x 3000
Fitomenadiona 2 mg			Solucion Salina 100 ml	1 ✓		Cystoflo			Oxigeno Hora			infuroll
Fentanilo amp			Solucion Salina 500 ml	2 ✓		Drenes			Pleuroback			LLAVE 3 VIA
Gentamicina 80 mg			Solucion Salina 1000 ml	2+2 +1 ✓		Duragen			Prolene OCT 1	2+1+2=✓		esparadrapo
Gluconato calcio 10 ml			Sulfadiazina de plata			Equi. Transfusion	1		Prolene 2-0 PS1 = 3 ✓			
Heparina sódica fco			Tiopental x 1 g amp			Equipo Venoclisis			Paquete de Ropa	1		
lorano			Tramadol 50 mg amp			Equi. Irrigacion en Y			Spongestan			
Lact. Ringer x 500 ml			Tramadol 100 mg amp			Electrodos	5.		Seda 30SA			
Lact. Ringer x 1000 ml			Vecuronio amp	1 ✓		Ethibond			Seda			
Lidocaina 1 % se			Vaselina			Ethibond			Sonda Foley #			
Lidocaina Jalea			Agua Esteril 3000 ml			Frasco Patología			Sonda Nelaton #			
Meperidina 100 mg			Angiocath #			Guantes pcs.	10. ✓		Sonda Levin #			
SUBTOTAL			SUBTOTAL			SUBTOTAL			SUBTOTAL			SUBTOTAL

Pre test de apnea.

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META 09:56 AM 7/31/2012
INFORME PACIENTE Jeringa - J 195 uL Muestra # 3740

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	50.0 %

Pre test

Valores de Gas en Sangre

pH	7.440	
pCO_2	41.1	mmHg
pO_2	130	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.440	
$pCO_2(T)$	41.1	mmHg
$pO_2(T)$	130	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	59.3	Vol%
$p50_e$	25.57	mmHg
RI_e	127	%
$FShunt_e$	9.5	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	259	mmHg
ctO_{2e}	9.6	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	164.6	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	44.0	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	145	mmol/L
cK^+	3.6	mmol/L
cCa^{2+}	0.75	mmol/L
cCl^-	104	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	2.4	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	6.7	g/dL
sO_2	99.2	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	27.6	mmol/L
ABE_c	3.5	mmol/L
SBE_c	3.6	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 9:58:05AM 7/31/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		03:23 AM	7/30/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 195 uL	Muestra #	3714

Identificaciones

ID paciente	UCIAS
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Venosa
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.371	
pCO_2	41.7	mmHg
pO_2	44.0	mmHg

lores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.371	
$pCO_2(T)$	41.7	mmHg
$pO_2(T)$	44.0	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_C$	53.0	Vol%
$p50_e$	26.16	mmHg
ctO_{2e}	5.2	Vol%

Valores de Oximetría

ctHb	4.5	g/dL
sO_2	80.7	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_C$	23.5	mmol/L
ABE_C	-0.9	mmol/L
SBE_C	-0.9	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 3:24:24AM 7/30/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		06:45 AM	7/29/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 195 uL	Muestra #	3704

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Venosa
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.403	
pCO_2	42.2	mmHg
pO_2	54.7	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.403	
$pCO_2(T)$	42.2	mmHg
$pO_2(T)$	54.7	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	53.8	Vol%
$p50_e$	26.89	mmHg
ctO_{2e}	12.2	Vol%

Valores de Oximetría

ctHb	9.9	g/dL
sO_2	87.9	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	25.5	mmol/L
ABE_c	1.4	mmol/L
SBE_c	1.5	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 6:47:03AM 7/29/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		02:47 AM	7/31/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 95 uL	Muestra #	3735

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.556	
pCO_2	30.0	mmHg
pO_2	77.7	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.556	
$pCO_2(T)$	30.0	mmHg
$pO_2(T)$	77.7	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	56.9	Vol%
$p50_e$	22.36	mmHg
RI_e	380	%
$FShunt_e$	16.4	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	130	mmHg
ctO_{2e}	9.1	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	295.5	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	20.8	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	146	mmol/L
cK^+	3.3	mmol/L
cCa^{2+}	0.83	mmol/L
cCl^-	105	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	4.0	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	6.5	g/dL
sO_2	98.3	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	28.4	mmol/L
ABE_c	4.4	mmol/L
SBE_c	4.2	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 2:49:14AM 7/31/2012

Post test de apnea

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META 10:32 AM 7/31/2012
INFORME PACIENTE Jeringa - J 195 uL Muestra # 3742

Identificaciones

ID paciente	UCIA5
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	100.0 %

post test

Valores de Gases en Sangre

pH	7.164	
pCO_2	60.3	mmHg
pO_2	339	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.164	
$pCO_2(T)$	60.3	mmHg
$pO_2(T)$	339	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	46.9	Vol%
$p50_e$	34.3	mmHg
RI_e	82	%
$FShunt_e$	14.9	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	339	mmHg
ctO_{2e}	11.5	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	277.7	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	55.0	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	145	mmol/L
cK^+	4.3	mmol/L
cCa^{2+}	1.06	mmol/L
cCl^-	107	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	9.5	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	7.7	g/dL
sO_2	99.1	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	18.5	mmol/L
ABE_c	-7.1	mmol/L
SBE_c	-6.5	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 10:34:14AM 7/31/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		05:11 PM	7/30/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 195 uL	Muestra #	3726

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	100.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.236	
pCO_2	55.0	mmHg
pO_2	102	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.236	
$pCO_2(T)$	55.0	mmHg
$pO_2(T)$	102	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	48.2	vol%
$p50_e$	31.81	mmHg
RI_e	510	%
$FShunt_e$	27.0	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	102	mmHg
ctO_{2e}	14.7	vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	517.5	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	16.4	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	142	mmol/L
cK^+	4.3	mmol/L
cCa^{2+}	0.58	mmol/L
cCl^-	104	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	4.9	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	10.7	g/dL
sO_2	97.3	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	20.5	mmol/L
ABE_c	-4.7	mmol/L
SBE_c	-3.8	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 5:12:21PM 7/30/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		02:50 AM	7/31/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 95 uL	Muestra #	3736

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Venosa
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.532	
pCO_2	33.1	mmHg
pO_2	40.1	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.532	
$pCO_2(T)$	33.1	mmHg
$pO_2(T)$	40.1	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	58.7	Vol%
$p50_e$	20.31	mmHg
ctO_{2e}	8.3	Vol%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	146	mmol/L
cK^+	3.4	mmol/L
cCa^{2+}	0.95	mmol/L
cCl^-	107	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	4.2	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	6.9	g/dL
sO_2	85.9	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	28.7	mmol/L
ABE_c	4.9	mmol/L
SBE_c	4.7	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados

e Valor(es) estimados

0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 2:52:32AM 7/31/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META 06:52 PM 7/28/2012
INFORME PACIENTE Jeringa - J 195 uL Muestra # 3692

Identificaciones

ID paciente	14
Nombre	
Apellido	
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.419	
pCO_2	37.6	mmHg
pO_2	43.3	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.419	
$pCO_2(T)$	37.6	mmHg
$pO_2(T)$	43.3	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	50.4	Vol%
$p50_e$	26.50	mmHg
RI_e	74.2	%
$FShunt_e$	40.1	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	72.2	mmHg
ctO_{2e}	9.9	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	321.4	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	11.9	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	147	mmol/L
cK^+	3.8	mmol/L
cCa^{2+}	0.80	mmol/L
cCl^-	104	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	6.4	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	8.9	g/dL
sO_2	79.5	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	24.2	mmol/L
ABE_c	0.1	mmol/L
SBE_c	-0.0	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 6:54:11PM 7/28/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META 03:37 AM 8/1/2012
INFORME PACIENTE Jeringa - J 195 uL Muestra # 3751

Identificaciones

ID paciente	UCIAS
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.387	
pCO_2	44.7	mmHg
pO_2	80.9	mmHg

ores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.387	
$pCO_2(T)$	44.7	mmHg
$pO_2(T)$	80.9	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	57.5	Vol%
$p50_e$	27.10	mmHg
RI_e	34.3	%
$FShunt_e$	15.9	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	135	mmHg
ctO_{2e}	8.5	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	277.8	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	22.6	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	142	mmol/L
cK^+	4.6	mmol/L
cCa^{2+}	0.88	mmol/L
cCl^-	104	mmol/L

alores de Metabolitos

cLac	3.1	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	6.1	g/dL
sO_2	97.9	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	25.9	mmol/L
ABE_c	1.7	mmol/L
SBE_c	1.7	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 3:39:01AM 8/1/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		02:07 AM	8/1/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 195 uL	Muestra #	3747

Identificaciones

ID paciente	UCIA 5
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Venosa
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.396	
pCO_2	45.1	mmHg
pO_2	41.9	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.396	
$pCO_2(T)$	45.1	mmHg
$pO_2(T)$	41.9	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	58.7	Vol%
$p50_e$	26.63	mmHg
ctO_{2e}	7.8	Vol%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	142	mmol/L
cK^+	4.1	mmol/L
cCa^{2+}	0.93	mmol/L
cCl^-	106	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	3.5	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	7.1	g/dL
sO_2	77.8	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	26.4	mmol/L
ABE_c	2.5	mmol/L
SBE_c	2.6	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados.
e Valor(es) estimados.
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 2:08:18AM 8/1/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META — 36 PM 7/30/2012
INFORME PACIENTE Jeringa - J 195 uL Muestra # 3727

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.282	
pCO_2	51.0	mmHg
pO_2	74.1	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.282	
$pCO_2(T)$	51.0	mmHg
$pO_2(T)$	74.1	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	48.7	Vol%
$p50_e$	25.41	mmHg
RI_e	373	%
$FShunt_e$	23.3	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	124	mmHg
ctO_{2e}	15.6	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	276.1	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	21.2	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	142	mmol/L
cK^+	5.8	mmol/L
cCa^{2+}	0.91	mmol/L
cCl^-	108	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	5.0	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	11.7	g/dL
sO_2	95.2	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	21.7	mmol/L
ABE_c	-3.2	mmol/L
SBE_c	-2.5	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493. Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 5:37:58PM 7/30/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META 12:32 AM 7/26/2012
ORME PACIENTE Jeringa - 1.95 uL Muestra # 3624

Identificaciones

ID paciente	TRAUMA
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	21.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	6.607	
pCO_2	42.2	mmHg
pO_2	193	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	6.607	
$pCO_2(T)$	42.2	mmHg
$pO_2(T)$	193	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	11.6	Vol%
$p50_e$	87.76	mmHg
RI_e	...	%
$FShunt_e$	...	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	917	mmHg
ctO_{2e}	5.6	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	...	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	204.4	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	141	mmol/L
cK^+	5.0	mmol/L
cCa^{2+}	0.64	mmol/L
cCl^-	105	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	20	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	3.9	g/dL
sO_2	93.4	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	3.7	mmol/L
ABE_c	-28.3	mmol/L
SBE_c	-28.7	mmol/L

Notas

c	Valor(es) calculados
e	Valor(es) estimados

Impreso 0:34:36AM 7/26/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		06:43 AM	7/29/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - J 195 uL	Muestra #	3703

Identificaciones

ID paciente	UCIAE
Nombre	6
Apellido	6
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.424	
pCO_2	39.3	mmHg
pO_2	132	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.424	
$pCO_2(T)$	39.3	mmHg
$pO_2(T)$	132	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	52.5	vol%
$p50_e$	25.95	mmHg
RI_e	176	%
$FShunt_e$	14.3	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	219	mmHg
ctO_{2e}	13.7	vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	231.0	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	36.3	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	146	mmol/L
cK^+	3.5	mmol/L
cCa^{2+}	0.79	mmol/L
cCl^-	105	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	5.3	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	9.8	g/dL
sO_2	98.5	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	25.6	mmol/L
ABE_c	1.3	mmol/L
SBE_c	1.3	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 6:44:18AM 7/29/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META		03:19 AM	7/30/2012
INFORME PACIENTE	Jeringa - 0.95 uL	Muestra #	3713

Identificaciones

ID paciente	UCIA5●
Nombre	MARLENY
Apellido	SABOGAL
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.394	
pCO_2	38.8	mmHg
pO_2	143	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.394	
$pCO_2(T)$	38.8	mmHg
$pO_2(T)$	143	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	50.1	Vol%
$p50_e$	26.70	mmHg
RI_e	154	%
$FShunt_e$	12.6	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	239	mmHg
ctO_{2e}	10.0	Vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	220.1	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	39.4	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	144	mmol/L
cK^+	3.9	mmol/L
cCa^{2+}	0.59	mmol/L
cCl^-	104	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	5.2	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	7.0	g/dL
sO_2	98.8	%

Estado Ácido-Base

$cHCO_3^-(P,st)_c$	23.6	mmol/L
ABE_c	-1.0	mmol/L
SBE_c	-1.0	mmol/L

Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina detectada y compensada

Impreso 3:21:32AM 7/30/2012

RADIOMETER ABL800 BASIC

ABL800 BASIC CLINICA META 06:37 PM 7/28/2012
INFORME PACIENTE Jeringa - 1.95 uL Muestra # 3689

Identificaciones

ID paciente	UCI[illegible]14
Nombre	SA[illegible]GAL
Apellido	MARLENY
Tipo muestra	Arterial
T	37.0 °C
$FO_2(I)$	60.0 %

Valores de Gases en Sangre

pH	7.439	
pCO_2	34.6	mmHg
pO_2	131	mmHg

Valores Corregidos por Temperatura

$pH(T)$	7.439	
$pCO_2(T)$	34.6	mmHg
$pO_2(T)$	131	mmHg

Estado de Oxigenación

$ctCO_2(B)_c$	49.4	vol%
$p50_e$	25.36	mmHg
RI_e	18.1	%
$FShunt_e$	13.3	%
$pO_2(a,T)/FO_2(I)_c$	218	mmHg
ctO_{2e}	10.2	vol%
$pO_2(A\text{-}a)_e$	237.2	mmHg
$pO_2(a/A,T)_e$	35.5	%

Valores de Electrólitos y Metabolitos

cNa^+	147	mmol/L
cK^+	4.2	mmol/L
cCa^{2+}	0.79	mmol/L
cCl^-	105	mmol/L

Valores de Metabolitos

cLac	5.8	mmol/L

Valores de Oximetría

ctHb	7.2	g/dL
sO_2	98.9	%

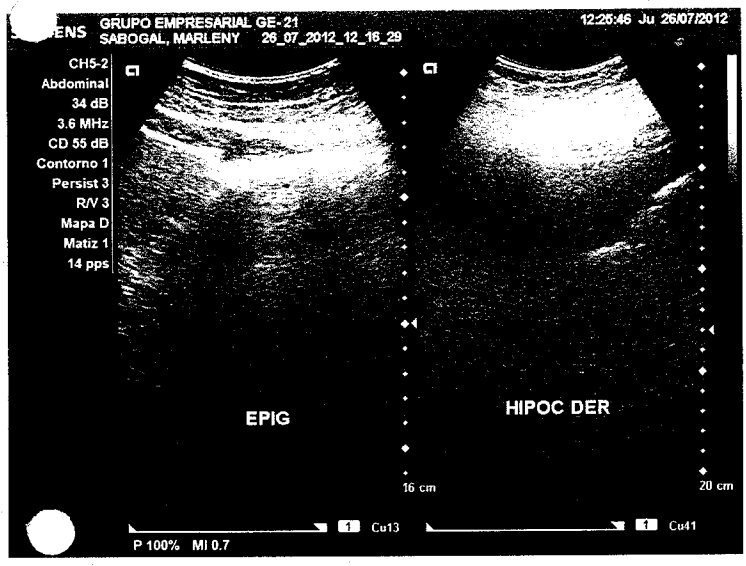
Estado Ácido-Base

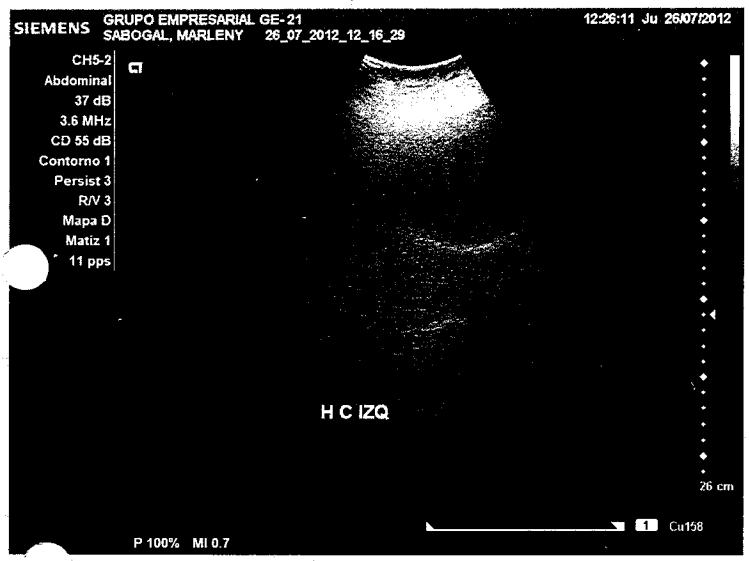
$cHCO_3^-(P,st)_c$	24.0	mmol/L
ABE_c	-0.5	mmol/L
SBE_c	-0.6	mmol/L

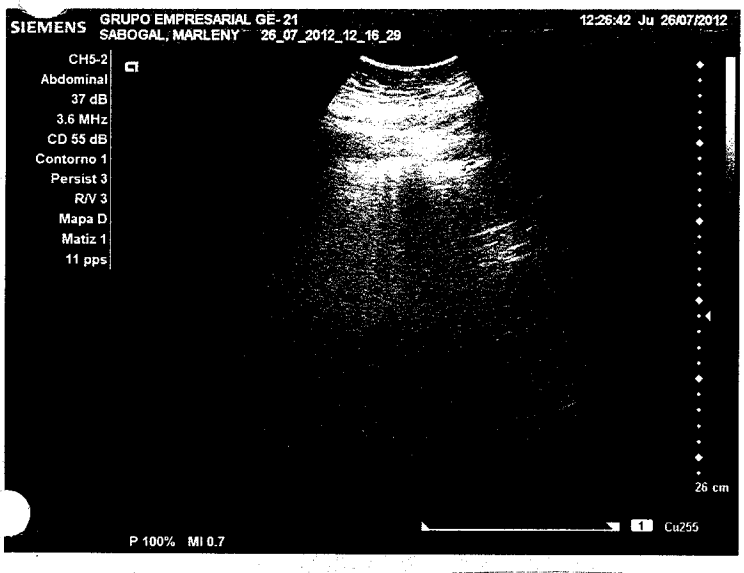
Notas

c Valor(es) calculados
e Valor(es) estimados
0493: Aviso: Bilirrubina no detectada y compensada

Impreso 6:40:02PM 7/28/2012


GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:26:46 Ju 26/07/2012
CH5-2
Abdominal
34 dB
3.6 MHz
CD 55 dB
Contorno 1
Persist 3
R/V 3
Mapa D
Matiz 1
14 pps
EPIG
HIPOC DER
16 cm
20 cm
Cu13
Cu41
P 100% MI 0.7


SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:26:11 Ju 26/07/2012
CH5-2
Abdominal
37 dB
3.6 MHz
CD 55 dB
Contorno 1
Persist 3
R/V 3
Mapa D
Matiz 1
11 pps
H C IZQ
26 cm
Cu158
P 100% MI 0.7


SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:26:42 Ju 26/07/2012
CH5-2
Abdominal
37 dB
3.6 MHz
CD 55 dB
Contorno 1
Persist 3
R/V 3
Mapa D
Matiz 1
11 pps
26 cm
Cu255
P 100% MI 0.7

INVERSIONES CLINICA DEL META
SOLICITUD DE PATOLOGIA

CODIGO: CI
FR:12
FECHA: 01/06/07

N° 826

NOMBRE Marleny Sabogal

EDAD 50 años PROCEDENCIA CX CAMA

Nº H.CLINICA 40370.255 PIEZA QUIRURGICA REMITIDA Ileon, Colon Epiploon

DATOS CLÍNICOS

3158763765

Rv 25 # 24-08.

Necrosis por parches y Shock hipovolémico. Post Dermo lipectomía Liposucción

DIAGNOSTICO: Necrosis Colon Derecho - Ileon Distal

Solicita:Dr: [signature] FECHA: 30-VII-12.

NOMBRE

ESA

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

CLÍNICA META

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

EVOLUCION MEDICA CIRUGIA

Imprime:MABM 20120730 17:29

FOLIO 002

Fecha: Jul. 30/2012 Hora: 17:05 Fact:P165878 HAB CIA5
Nombre: SABOGAL VOGOYA MARLENY CC 40,370,255 Grp sang= Rh=
Edad: A050 F.Nac:1961/12/01 Sexo:Fem. E.Civil:U.LIBRE Dir:KRA 25N S 24-08 RETIRO VILLAVICENCIO
Entidad: QBE SEGUROS S.A. OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO SU OCUPACI
Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: AMAURI PAUL PUPUT CONYUGE

TIPO : CIRUGIA CIRUGIA

DESCRIPCION QUIRURGICA

FECHA PROCEDIMIENTO: 05:05 p.m. 30/07/2012

HORA INICIO: HORA FINAL: 05:05 p.m. 30/07/2012

DIAGNOSTICO DE INGRESO: POP DE DERMOLIPECTOMIA LIPOSUCCION , SEPSIS TEJIDOS BLANDOS , POS T REANIMACIONDE SHOCK SEPTICO.
COAGULOPATIA, IRA TERAPIA REEMPLAZO RENAL .-- HEMODIALISIS.
FOMS.
S ANEMICO SEVERO.
OBESIDAD.

DIAGNOSTICO DE SALIDA : IDEM , NECORSIS POR PARCHES DE ULEON COLON ASCENDENTE Y TRNSVERSO POSIBLEMENTE POR SHOCK Y SEPSIS.
COAGULOPATIA

CIRUJANO: M BNOHORQUEZ

ANESTESIOLOGO: JL CORREDOR

AYUDANTE: F ORTIZ.

INSTRUMENTADORA: CLAUDIA MARCELA

PROCEDIMIENTOS : LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO HEMICOLECTOMIA DERECHA AMPLIADA, ANASTOMOSIS T-T IELEOCOLICA, OMENTECTOMIA PARCIAL .

HALLAZGOS: SANGRADO PEQUEnOS VASOS DE FLANCO I ZQUIERDO , MAS SANGRADO CAPA PARED ABDOME N.
NECROSIS DE TCS MAS PIEL,BORDES. MAS NECROSIS DE COLON DEREHCO MAS COLONTRANSVERSO YDE I LEON DISTAL

.

PATOLOGIAS : COLON DERECHO E ILEON
EPIPLON

DESCRIPCION: A.A. INCISION DE VIAFLEX. CON DRENAJE DE COAGULOS DE PmRED ,CON HEMOSTASIA F LANCO IZQUIERDO SE COLOCA PUNTOS SEDA DOS CEROS ,TRES CEROS, SE HACE HEMOSTASIA DE PARED CO N EELECTROBISTURI , CON LAVDAO SSN MAS H2O2.
SE HACE REVISION DE CAVIDAD , HALLAZGOS DE NECROSI DE COLON YDE ILEON P6R LO QUE SE DECIDE H EMICOLECTOMIA DERECHA HASTA LADO IZQUIERDO DE COLICA MEDIA P OR NECROSIS POR PARCHES. CON DE ShPRENDIMEINTO COLON DERECHO HEMSOTASAI SEDA DOS CEOS LIGADURAS MESOCOLON Y DE MEMSENTERIO CON SEDA DOS CEROS Y TRES CEROS ,PMENTECTOMIA PARCIAL. SEDA DOS CEROS.
SE HACE HEMOSTASIADE RETROPERITONEO DERECHO SEDA DOS CEROS ELCTROBISTURI , EMPAQUETAMIENOT M OMENTANEO, SE HACE SECCINDE ILEON A UNOS 50 CM DE VALVULA YA QUE A LOS TREINTA CMS SE NCUENRTA MUCOSAS NECROTICAS. SE HACE SECCION DE COLON TRANSVERSO ENTRE CLAMPS ,SE HACE ANASTOMOSIS Y NO OSTOMIA P OR PRESEN TAR COLGAJOS CUTANEOS AMPPLIOS Y TCS . SE SUTURAA ANASTOMOSSIS C ON VICRYL TRES CEROS Y hPROLEENE TRES CEROS VASCULAR, PUNTOS SEPARADOS, CIERRE MESO SEDA TRES CEROS. REVISION DE HEMOSTASIA.
SE HACE LAVADO SSN EN TOTAL EN CAVIDAD Y PAREED CON 13000 CC SSN TIBIA MAS H2O2 PARED DE A BDOMEN .

54140 -54160 - 45730 -48740 45930 - 86230 3.

CLÍNICA META

HOJA DE ADMISION

CUENTA NRO:**P165878**

INV. CLINICA DEL META S.A.

NIT 892,000,401

PACIENTE: 40,370,255 **SABOGAL VOGOYA MARLENY**

ENTIDAD : 900,156,264 NUEVA EPS

FECHA INGRESO: JULIO 26/2012 HABITACION:SIN

FECHA SALIDA :

AUTORIZO : _____

OBSERVACIONES:

ELABORO:YECA 120726 00:39 MODIF: 000000 BLOQ: IMPR:YECA

18

CLÍNICA META

INV. CLINICA DEL META S.A.
NIT 892,000,401
IVA REG. COMUN-RETENEDOR
Calle 33 # 36 50 Tel: 6614400
VILLAVICENCIO

5 CONSULTAS

FECHA: JULIO 26/12 CARGAR A LA FACTURA:A139124 **COMPROBANTE NUMERO:579554**
ENTIDAD:NUEVA EPS CODIGO:EPS037 F.PAGO:Ambulat ACCESO:UR
ATIENDE:JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA Espec.:382 MEDICINA DE URGENCIAS Y D COS:10 URGENCIAS
PACIENTE 000000040370255 CC SABOGAL VOGOYA MARLENY cl
OCUPACION: 999 TIPO USUARIO: CONTR. EDAD:A050 SEXO: F CIUDAD: 50001 ZONA: U
DETALLE : Autor:
SOLICITA:

Codigo	Descripcion	Cant.	Valor unit.	Valor Total
890701	CONSULTA URGENCIAS,MED GRAL	1.00	35,400.00	35,400

TOTAL FACTURA: 35,400 **ABONOS/COPAGOS:** **SALDO:** 35,400
SON:TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE**********
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
220000060570 03/07/2012 A137000-210000

120726 00:38 Firma paciente: _____ _____ YECA Mod: Imprime:YECA
: : --------VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO 30 DIAS--------

17

QBE

QBE Seguros S.A.
NIT. 860.002.534-0 Fax: (57-1)3190715/21/33/38/39/49
Cra. 7 No. 76-35 Piso 7,8,9; Bogotá D.C. Colombia PBX: (57-1)319(
Lineas Nacionales: 018000 112460/122131; A.A.: 265063; www.qbe

PÓLIZA DE COMPLICACIONES DE CIRUGIA PLÁSTICA ESTÉTICA
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Nro. Autorización: 01000000237 Nro. Aviso: 1000000398 . Fecha: 27-07-2012 Hora: 02:18:20 PM

INFORMACION PÓLIZA

Nro. Póliza	NIT Tomador	Nombre Tomador
201100001644	8714912	FRANCISCO SALES PUCCINI

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre	INVERSIONES CLINICA DEL META	NIT / CC	892000401
Ciudad/Mpio.	Villavicencio	Depto.	Meta

DATOS DEL PACIENTE / USUARIO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
MARLENY		SABOGAL	VIGOLLA

	DD	MM	AAAA	Edad	Intervención Fecha y Hora	Documento de Identificación Tipo	Documento de Identificación Número
Fecha de Nacimiento	01	12	1961	50 Años	2012-07-25 09:00:00	CC	40370255

SERVICIO AUTORIZADO

Tratamiento médico integral hospitalario de la COMPLICACION en Cirugía Plástica Estética del Procedimiento: ABDOMINOPLASTIA-LIPECTOMIA

INFORMACION DE QUIEN GENERA LA AUTORIZACION

Nombre:	CALL CENTER QBE Seguros S.A. - Support And Service S.A.S.
Teléfono:	018000115185 y en Bogotá al 3265695

OBSERVACION

Se autoriza, valoracion por urgencias dia 25 de julio de 2012 -paraclinicos-hospitalizacion en unidad de cuidado intensivo y pisos, desde el dia 26 de julio de 2012- pop inmediato Abdominoplastia, braquiaplastia e inyección glutea dia 25 de julio de 2012- (procedimientos Qx declarados), IDx TEP. Todo servicio, evento y/o atencion en salud, estan sujetos a condiciones de la poliza suscrita y criterios de pertinencia medica- NO se amparan ni estudios ni manejo para preexistencia y/o enfermedades comunes y/o coomorbilidades y/o correcciones esteticas por insatisfaccion. Los masajes, las curaciones, la terapia con ultrasonido y el manejo farmacológico y los controles y el manejo ambulatorio correspondiente al pop respectivo se encuentran excluidos del amparo de la póliza.

NOTA: Esta autorización es válida hasta el 2012-08-26 14:18:20 ó hasta el tope de la cobertura, y está sujeta a auditoría médica posterior.

QBE

QBE Seguros S.A.
NIT. 860.002.534-0 Fax: (57-1)3190715/21/33/38/39/49
Cra. 7 No. 76-35 Piso 7,8,9: Bogotá D.C. Colombia PBX: (57-1)3190
Lineas Nacionales: 018000 112460/122131; A.A.: 265063; www.qbe

PÓLIZA DE COMPLICACIONES DE CIRUGIA PLÁSTICA ESTÉTICA
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Nro. Autorización: 01000000237 Nro. Aviso: 1000000398 . Fecha: 27-07-2012 Hora: 02:18:20 PM

INFORMACION PÓLIZA

Nro. Póliza	NIT Tomador	Nombre Tomador
201100001644	8714912	FRANCISCO SALES PUCCINI

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre	INVERSIONES CLINICA DEL META	NIT / CC	892000401
Ciudad/Mpio.	Villavicencio	Depto.	Meta

DATOS DEL PACIENTE / USUARIO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
MARLENY		SABOGAL	VIGOLLA

	DD	MM	AAAA	Edad	Intervención Fecha y Hora	Documento de Identificación Tipo	Documento de Identificación Número
Fecha de Nacimiento	01	12	1961	50 Años	2012-07-25 09:00:00	CC	40370255

SERVICIO AUTORIZADO
Tratamiento médico integral hospitalario de la COMPLICACION en Cirugía Plástica Estética del Procedimiento: ABDOMINOPLASTIA-LIPECTOMIA

INFORMACION DE QUIEN GENERA LA AUTORIZACION

Nombre:	CALL CENTER QBE Seguros S.A. - Support And Service S.A.S.
Teléfono:	018000115185 y en Bogotá al 3265695

S AND S

OBSERVACION
Se autoriza, valoracion por urgencias dia 25 de julio de 2012 -paraclinicos-hospitalizacion en unidad de cuidado intensivo y pisos, desde el dia 26 de julio de 2012- pop inmediato Abdominoplastia, braquiaplastia e inyección glutea dia 25 de julio de 2012- (procedimientos Qx declarados), IDx TEP. Todo servicio, evento y/o atencion en salud, estan sujetos a condiciones de la poliza suscrita y criterios de pertinencia medica- NO se amparan ni estudios ni manejo para preexistencia y/o enfermedades comunes y/o coomorbilidades y/o correcciones esteticas por insatisfaccion. Los masajes, las curaciones, la terapia con ultrasonido y el manejo farmacológico y los controles y el manejo ambulatorio correspondiente al pop respectivo se encuentran excluidos del amparo de la póliza.

NOTA: Esta autorización es válida hasta el 2012-08-26 14:18:20 ó hasta el tope de la cobertura, y está sujeta a auditoría médica posterior.

	INVERSIONES CLINICA DEL META **CONSENTIMIENTO INFORMADO** **PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**	CODIGO: CI FR: 22 FECHA: 01/08/08

ntro de las normas éticas exigidas por el profesional médico en Colombia en la Ley 23 de 1981 se encuentra l deber de informar adecuada y oportunamente a todos los pacientes, los riesgos que pueden derivarse del ratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 15 y 16) Por tanto en el resente documento escrito se informa a usted y su familia acerca del procedimiento que le será practicado por o que de puño y letra llene los espacios en blanco.

La paciente Marleny Salgado de 50 años con CC 40320255 de _____ Y/O el señor/señora Iván Romero identificado con CC 25846000 de _____ en calidad de representante legal, familiar o allegado

DECLARAN

Que el Doctor O. Andrade M.P. Duque identificado con CC 19301603 de Bogotá; Especialidad Cirugía con RM 4845/86 me ha explicado la siguiente información acerca de la cirugía

1. Usted o su familiar va a ser intervenido quirúrgicamente de Laparotomía es una intervención que consiste en Retiro de los puntos, exploración de los tejidos blandos, exploración de la cavidad abdominal se procedió a cerrar con los hallazgos. Posible hernia abdominal, la persistencia con bolso. Requerimiento de múltiples procedimientos quirúrgicos.

Debe saber que al realizarse la cirugía lo que se busca es solucionar y disminuir los riesgos potenciales de su logía existente y que ya conoce.

3. La cirugía _____ requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesiología, igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia por parte de un anestesiólogo escogido por la Clínica o por mi médico y los autorizo para que utilice la anestesia que considere más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica, he sido advertido por el DOCTOR _____ con RM _____ sobre los riesgos de la anestesia Raquídea y/o Peridural, General, Sedación, Bloqueo o Anestesia Local. Con efectos adversos a saber: El presentar disminución de la movilidad y sensibilidad en las extremidades inferiores, por espacio de 2 a 4 horas, cefalea tensional y/o posanestésica, adormecimiento, somnolienta, mareo, nauseas, que para mi caso implica la aplicación de la anestesia y se me ha informado por parte del profesional mencionado, tipo de anestesia requerida _____

4. Determinada situación médica general pueden darse otros riesgos mínimos que aunque poco frecuentes revisten de gravedad y es importante conocerlos: infecciones en el sitio de la herida, tumefacción, enrojecimiento, sanrados leves, dolor en el sitio operado, hematomas, cicatrización queloide, dehiscencia de la sutura y eventración; hemorragias moderadas, lo cual conlleva a consultar y tener control posoperatorio según orden médica.

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente y sus patologías asociadas como (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, obesidad) llevan implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Para disminuir estos riesgos es necesario que el paciente advierta al médico sobre sus antecedentes personales como alergias medicamentosas, alteraciones en los procesos de coagulación, enfermedades pulmonares etc. De igual forma puede ser requerida una trandfusión sanguínea la cual la determina el anestesiólogo, basado en los laboratorios de control.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo y el Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto de mi procedimiento Exploración quirúrgica pared abdominal por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos posibles.

Y en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice el procedimiento

Firma Paciente:_____

Firma Testigo: Eva Ly Romero 25846000

Firma Medico: O. Andrade

Ciudad y Fecha:_____

En caso de ser un menor de edad o persona mayor de 60 años y/ o persona con enfermedad mental, firma la autorización del procedimiento quirúrgico el representante legal como conocedor de los riesgos inherentes al procedimiento.

Firma o huella dactilar Paciente:_____

Firma Representante Legal: Eva Ly Romero. 25846000

Firma Medico: O. Andrade

Ciudad y Fecha:_____

En uso de mis facultades mentales y como persona mayor de edad hago **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** prestado a la fecha _____ de no querer seguir con el procedimiento requerido y doy por terminado el seguir con el tratamiento.

Firma de paciente:_____ CC. _____

Firma del Medico:_____ RM. _____

Ciudad y Fecha:_____

INVERSIONES CLÍNICA DEL MEA S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	CODIGO: CI FR: 22 FECHA: 01/08/08

entro de las normas éticas exigidas por el profesional médico en Colombia en la Ley 23 de 1981 se encuentra l deber de informar adecuada y oportunamente a todos los pacientes, los riesgos que pueden derivarse del ratamiento que le será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Art. 15 y 16) Por tanto en el resente documento escrito se informa a usted y su familia acerca del procedimiento que le será practicado por o que de puño y letra llene los espacios en blanco.

La paciente Nallin Jaburgi de 50 años con CC 40370775 de _____ Y/O

el señor/señora _____ identificado con CC _____ de _____ en calidad de representante legal, familiar o allegado

LARAN

Que el Doctor Roberto identificado con CC 43 056 de Ochoa; Especialidad Cx con RM 5878 me ha explicado la siguiente información acerca de la cirugía

1. Usted o su familiar va a ser intervenido quirúrgicamente de _____ es una intervención que consiste en Cuello Lavado peritoneal Desbridamiento Cx - Hemicolectomia Derecha Anastomosis

Debe saber que al realizarse la cirugía lo que se busca es solucionar y disminuir los riesgos potenciales de su logía existente y que ya conoce.

3. La cirugía _____ requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesiología, igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia por parte de un anestesiólogo escogido por la Clínica o mi médico y los autorizo para que utilice la anestesia que considere más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico patológica, he sido advertido por el DOCTOR _____ con _____ sobre los riesgos de la anestesia Raquídea y/o Peridural, General, Sedación, Bloqueo, Anestesia Local. Con efectos adversos a saber: El presentar disminución de la movilidad y sensibilidad en las extremidades inferiores, por espacio de 2 a 4 horas, cefalea tensional y/o posanestésica, adormecimiento, somnolienta, mareo, nauseas, que para mi caso implica la aplicación de la anestesia y se me ha informado por parte del profesional mencionado, tipo de anestesia requerida _____

4. Determinada situación médica general pueden darse otros riesgos mínimos que aunque poco frecuentes revisten de gravedad y es importante conocerlos: infecciones en el sitio de la herida, tumefacción, enrojecimiento, sanrados leves, dolor en el sitio operado, hematomas, cicatrización queloide, dehiscencia de la sutura y eventración; hemorragias moderadas, lo cual conlleva a consultar y tener control posoperatorio según orden médica.

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

5. Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente y sus patologías asociadas como (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, obesidad) llevan implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad. Para disminuir estos riesgos es necesario que el paciente advierta al médico sobre sus antecedentes personales como alergias medicamentosas, alteraciones en los procesos de coagulación, enfermedades pulmonares etc. De igual forma puede ser requerida una trandfusión sanguínea la cual la determina el anestesiólogo, basado en los laboratorios de control.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos o medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar mi vida.

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo y el Doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto de mi procedimiento _____ por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos posibles.

Y en tales condiciones **ACEPTO** que se me realice el procedimiento

Firma Paciente: _____

Firma Testigo: _____ 73.073.572 (Esposo)

Firma Medico: _____

Ciudad y Fecha: _____

En caso de ser un menor de edad o persona mayor de 60 años y/ o persona con enfermedad mental, firma la autorización del procedimiento quirúrgico el representante legal como conocedor de los riesgos inherentes al procedimiento.

Firma o huella dactilar Paciente: _____

Firma Representante Legal: _____ 73.073.572 (Esposo)

Firma Medico: _____

Ciudad y Fecha: _____

En uso de mis facultades mentales y como persona mayor de edad hago **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO** prestado a la fecha _____ de no querer seguir con el procedimiento requerido y doy por terminado el seguir con el tratamiento.

Firma de paciente: _____ CC. _____

Firma del Medico: _____ RM. _____

Ciudad y Fecha: _____

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Darlenis Bolaño DOCUMENTO 40370255
NUMERO DE BOLSA 562702 NUMERO DE SELLO 993684

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO J.H. Arcos P.

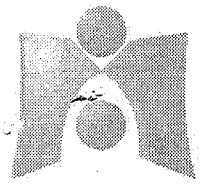
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

132

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

)1-7



CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :CLINICA EL BARZAL NIT: 900,419,004 4
Direccion: TEL: CIUDAD: VILLAVICENCIO
PACIENTE:SABOGAL VIGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: COMPL.166047
Anexos : FACTURA Y SOPORTES

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
579554	120725	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MED		1	13,700	890701		1	MEDICINA DE URGENCIAS Y D
621982	120725	INTUBACION OROTRAQUEAL (EXCLUS	37406	1	35,600	960401		1	MEDICINA DE URGENCIAS Y D
621983	120725	SALA OBSERVACION MAYOR A 6 HOR	37406	1	110,900	S11204		1	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
191855	120726	LISIS ADHERENCIAS PERI/LAPARAT	09184	1	603,900	545000		4	CIRUGIA GENERAL
191856	120726	DES.ESCIS TEJIDOS PROF.AREA GE		1	119,980	862303		4	CIRUGIA GENERAL
191857	120726	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO		1	244,200	541400		4	CIRUGIA GENERAL
191858	120726	DRENAJE DE COLECCION PARED ABD	07121	1	56,705	540000		4	CIRUGIA GENERAL
208746	120726	HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA, HEMATO		1	9,700	902210		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	CALCIO IONICO	19177	1	28,800	903604		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	CLORO (CLORURO)		1	2,500	903813		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1	2,700	903825		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	DIMERO D POR EIA *NO POS		1	29,630	902104		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y		1	3,700	902212		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
5	120726	HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA, HEMATO		1	9,700	902210		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	NITROGENO UREICO [BUN *		1	3,200	903856		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	POTASIO		1	7,400	903859		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		4	46,400	911022		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	SODIO		1	5,200	903864		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1	6,600	902045		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208755	120726	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1	8,300	902049		1	LABORATORIO CLINICO DE HE
208989	120726	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
208989	120726	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
208989	120726	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		2	23,200	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209001	120726	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209001	120726	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209001	120726	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		3	34,800	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209014	120726	ANTIBIOGRAMA (MIC) MET.MANUAL	19075	1	14,400	901003		4	LABORATORIO CLINICO DE HE
209014	120726	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA	1917110	1	2,600	901107		4	LABORATORIO CLINICO DE HE
209014	120726	CULTIVO Y A/B MICROORGANISMOS		1	12,400	901217		4	LABORATORIO CLINICO DE HE
262197	120726	DOPPLER VASOS VENOSOS MII		2	139,000	882331		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262197	120726	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	2	26,600	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262198	120726	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA

Pag.001 Pasan ... 1,725,215

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Nit:892,000,401-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** O R I G I N A L ***

FECHA: Julio 26 de 2012

FACTURA DE VENTA No: T050067

CLIENTE :**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
Direccion: CARRERA 11 90 20
PACIENTE:URREGO FARFAN JOHRMAN SANTIAGO
TARIFAS 2423/VIGENTE 2012
Observac: MEDICINA ESPECIALIZADA
Anexos :

NIT: 860,009,578 6
TEL: 2186977 CIUDAD: BOGOTA
ID: 1122,513,022 EDAD:A006

NO DESCONTAR ICA
EXENTA SIN SENTENCIA 10669
MARZO 2011 DEL CONSEJO DE ESTADO

Comp.	Fecha	CONCEPTO	cant	Valor	COD.SERV.		ESPECIALIDAD
579991	120711	CONSULTA CONTROL MEDIC.ESPECI. 39143	1	32,700	890302	2	CIRUGIA PLASTICA

001 Total Fact 32,700
Saldo neto factura 32,700

SON:TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

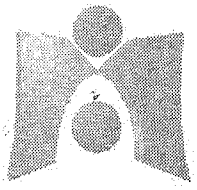
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
NIT. 892.000.401-7

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. 120726 FADR
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCION DIAN: 220000051508 11/03/02 T37999-T50000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

)1-7



CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :CLINICA EL BARZAL NIT: 900,419,004 4
Direccion: TEL: CIUDAD: VILLAVICENCIO
PACIENTE:SABOGAL VIGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: COMPL.166047
Anexos : FACTURA Y SOPORTES

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
Pag.002		Vienen...			1,725,215				
262198	120726	ULTRASONOG. DE ABDOMEN TOTAL		1	43,800	881302		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262522	120726	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262522	120726	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O		1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
621034	120726	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525	1	576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
621986	120726	OXIGENO VENTILACION MECANICA		1	5,780	S55208		1	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625371	120726	MAT QX 1936 HASTA 3056 UVR-S			43,200	S55106		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625371	120726	MAT QX 3991 HASTA 4440 UVR-S			57,350	S55109		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625371	120726	MAT QX 5389 HASTA 6324 UVR-S		1	147,100	S55112		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625371	120726	MAT QX 811 HASTA 1103 UVR-S			17,400	S55103		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
209058	120727	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1	2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209058	120727	HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA, HEMATO		1	9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209058	120727	NITROGENO UREICO [BUN *		1	3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209058	120727	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1	6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209058	120727	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1	8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
	120727	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209117	120727	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209117	120727	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		2	23,200	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209118	120727	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209118	120727	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209118	120727	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		4	46,400	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209210	120727	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209210	120727	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209210	120727	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		6	69,600	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
262505	120727	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262505	120727	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O		1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262524	120727	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262524	120727	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O		1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262528	120727	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262528	120727	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O		1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
621035	120727	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525	1	576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
622000	120727	COLOCAC.DE CATETER ART/FEM/BRA	37405	1	35,600	389001		31	MEDICINA DE URGENCIAS Y D
209243	120728	ALBUMINA		1	2,600	903803		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	BILIRRUBINA DIRECTA		1	6,600	M19169		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
Pag.002		Pasan ...			3,640,245				

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Nit:892,000,401-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** O R I G I N A L ***

FECHA: Julio 26 de 2012

FACTURA DE VENTA No: T050067

CLIENTE :**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
Direccion: CARRERA 11 90 20
PACIENTE:URREGO FARFAN JOHRMAN SANTIAGO
TARIFAS 2423/VIGENTE 2012
Observac: MEDICINA ESPECIALIZADA
Anexos :

NIT: 860,009,578 6
TEL: 2186977 CIUDAD: BOGOTA
ID: 1122,513,022 EDAD:A006

NO DESCONTAR ICA
EXENTA SIN SENTENCIA 10868
MARZO 2001 DEL CONSEJO DE ESTADO

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD.SERV.		ESPECIALIDAD
579991	120711	CONSULTA CONTROL MEDIC.ESPECI.	39143	1	32,700	890302	2	CIRUGIA PLASTICA

001 Total Fact 32,700
Saldo neto factura 32,700

SON:TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

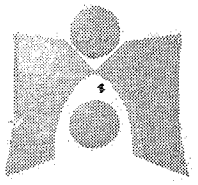
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
NIT. 892.000.401-7

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. 120726 FADR
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCION DIAN: 220000051508 11/03/02 T37999-T50000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

)1-7



CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :CLINICA EL BARZAL NIT: 900,419,004 4
Direccion: TEL: CIUDAD: VILLAVICENCIO
PACIENTE:SABOGAL VIGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: COMPL.166047
Anexos : FACTURA Y SOPORTES

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
		Pag.003 Vienen...			3,640,245				
209243	120728	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		1	4,400	903809		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	CALCIO IONICO	19177	1	28,800	903604		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	CLORO (CLORURO)		1	2,500	903813		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1	2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO F		1	2,700	903841		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO		1	9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	NITROGENO UREICO (BUN *		1	3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	POTASIO		1	7,400	903859		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	SODIO		1	5,200	903864		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	TRANSAMINASA ALT TGP		1	4,000	903866		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	TRANSAMINASA OXALAC.AST.TGO		1	4,000	903867		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209354	120728	DIMERO D POR EIA *NO POS		1	29,630	902104		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209354	120728	FIBRINOGENO, COAGULACION	1921350	1	5,200	902024		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209354	120728	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1	6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
	120728	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1	8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
621036	120728	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525	1	576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
621962	120728	HEMIDIAL.X INSU.RENAL AGUDA SE		2	53,400	M39137		31	NEFROLOGIA
209382	120729	CALCIO POR COLORIMETRIA *		1	3,000	903810		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	CLORO (CLORURO)		1	2,500	903813		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1	2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO F		1	2,700	903841		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO		1	9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	NITROGENO UREICO (BUN *		1	3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	POTASIO		1	7,400	903859		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	SODIO		1	5,200	903864		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1	6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1	8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209389	120729	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		4	116,800	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209389	120729	HEMOCLASIFICACION INVERSA		4	30,000	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209389	120729	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		4	46,400	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
262544	120729	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262544	120729	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O		1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
621037	120729	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525	1	576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
		Pag.003 Pasan ...			5,245,575				

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Nit:892,000,401-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Julio 26 de 2012

FACTURA DE VENTA No: T050067

CLIENTE :**SEGUROS DEL ESTADO S.A.** NIT: 860,009,578 6
Direccion: CARRERA 11 90 20 TEL: 2186977 CIUDAD: BOGOTA
PACIENTE:URREGO FARFAN JOHRMAN SANTIAGO ID: 1122,513,022 EDAD:A006
TARIFAS 2423/VIGENTE 2012
Observac: MEDICINA ESPECIALIZADA
Anexos :

NO DESCONTAR ICA
EXENTA SIN SENTENCIA 10693
MARZO 2001 DEL CONSEJO DE ESTADO

Comp.	Fecha	CONCEPTO	cant	Valor	COD.SERV.		ESPECIALIDAD
579991	120711	CONSULTA CONTROL MEDIC.ESPECI. 39143	1	32,700	890302	2	CIRUGIA PLASTICA

001 Total Fact 32,700
Saldo neto factura 32,700

SON:TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

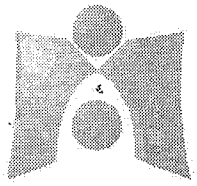
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
NIT: 892.000.401-7

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. 120726 FADR
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCION DIAN: 220000051508 11/03/02 T37999-T50000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

)1-7



CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :CLINICA EL BARZAL NIT: 900,419,004 4
Direccion: TEL: CIUDAD: VILLAVICENCIO
PACIENTE:SABOGAL VIGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: COMPL.166047
Anexos : FACTURA Y SOPORTES

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
		Pag.004 Vienen...			5,245,575				
191931	120730	HEMICOLECTOMIA DERECHA	07723	1	709,500	457300		4	CIRUGIA GENERAL
191933	120730	ANASTOMOSIS DE ILEO A COLON TR	15141	1	374,550	459301		4	CIRUGIA GENERAL
191935	120730	OMENTECTOMIA PARCIAL		1	143,100	544101		4	CIRUGIA GENERAL
191936	120730	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO		1	244,200	541400		4	CIRUGIA GENERAL
209585	120730	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1	2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209585	120730	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO		1	9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209585	120730	NITROGENO URICO (BUN *		1	3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209585	120730	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1	6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209585	120730	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1	8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209600	120730	ANTITROMBINA III POR COAGULACI	19146	1	39,200	902006		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209600	120730	PROTEINA C DE LA COAGULACIO*NP	1931670	1	44,510	902034		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209600	120730	PROTEINA S DE LA COAGULACION,	1931670	1	54,600	902037		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209608	120730	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209608	120730	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
3	120730	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		3	34,800	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209832	120730	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		1	29,200	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209832	120730	HEMOCLASIFICACION INVERSA		1	7,500	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209832	120730	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		4	46,400	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209913	120730	PATOLOGIA QX COLOR.BASICA(RUT)		3	99,600	898201		4	PATOLOGIA
262637	120730	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000	1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262637	120730	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O		1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
621038	120730	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525	1	576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
622289	120730	MAT QX 1936 HASTA 3056 UVR-S			43,200	S55106		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
622289	120730	MAT QX 3991 HASTA 4440 UVR-S			57,350	S55109		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
622289	120730	MAT QX 6325 HASTA 7095 UVR-S		1	240,900	S55113		4	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
583090	120731	INTERC.MEDICINA ESPECIALIZADA		2	27,600	890402		31	CIRUGIA PLASTICA
583095	120731	INTERC.MEDICINA ESPECIALIZADA		1	13,800	890402		31	NEUROCIRUGIA
583183	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR		2	19,580	939400		31	TERAPIA MANUAL
583184	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR		5	48,950	939400		31	TERAPIA MANUAL
583185	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR		3	29,370	939400		31	TERAPIA MANUAL
583186	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR		3	29,370	939400		31	TERAPIA MANUAL
583187	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR		3	29,370	939400		31	TERAPIA MANUAL
583188	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR		1	9,790	939400		31	TERAPIA MANUAL
		Pag.004 Pasan ...			8,296,215				

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Nit:892,000,401-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Julio 26 de 2012

FACTURA DE VENTA No: T050067

CLIENTE :**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
Direccion: CARRERA 11 90 20
PACIENTE:URREGO FARFAN JOHRMAN SANTIAGO
TARIFAS 2423/VIGENTE 2012
Observac: MEDICINA ESPECIALIZADA
Anexos :

NIT: 860,009,578 6
TEL: 2186977 CIUDAD: BOGOTA
ID: 1122,513,022 EDAD:A006

NO DESCONTAR ICA
EXENTA SIRSENTENCIA 16869
MARZO 2001 DEL CONSEJO DE ESTADO

Comp.	Fecha	CONCEPTO	cant	Valor	COD.SERV.		ESPECIALIDAD
579991	120711	CONSULTA CONTROL MEDIC.ESPECI. 39143	1	32,700	890302	2	CIRUGIA PLASTICA

001 Total Fact 32,700
Saldo neto factura 32,700

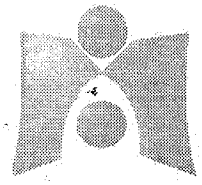
SON:TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
NIT: 892.000.401-7

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. 120726 FADR
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCION DIAN: 220000051508 11/03/02 T37999-T50000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.



)1-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :CLINICA EL BARZAL NIT: 900,419,004 4
Direccion: TEL: CIUDAD: VILLAVICENCIO
PACIENTE:SABOGAL VIGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: COMPL.166047
Anexos : FACTURA Y SOPORTES

Comp.	Fecha	CONCEPTO	cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
Pag.005		Vienen...		8,296,215				
583189	120731	TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR	1	9,790	939400		31	TERAPIA FAMILIAR
583191	120731	TERAPIA FISICA AMBULATORIA	1	9,460	931000		31	TERAPIA MANUAL
583192	120731	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y	1	15,900	890406		31	NUTRICION CLINICA
209887	120731	CALCIO IONICO	19177 1	28,800	903604		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	CLORO (CLORURO)	1	2,500	903813		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	CREATININA EN SUERO, ORINA U O	1	2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO	1	9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	NITROGENO UREICO (BUN *	1	3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	POTASIO	1	7,400	903859		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	SODIO	1	5,200	903864		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840 1	6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209887	120731	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880 1	8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
262762	120731	PORTATILES EN HAB/UCI/RN/QX	M87000 1	13,300	M87000		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
262762	120731	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O	1	17,600	871121		31	RADIOLOGIA E IM-GENES DIA
17	120731	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525 1	576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
621987	120731	INSERCION DE CATETER YUGULAR A	1	35,600	389102		31	MEDICINA INTERNA
622041	120731	INSERCION DE CATETER YUGULAR A	1	35,600	389102		31	ANESTESIOLOGIA
622075	120731	OXIGENO VENTILACION MECANICA	142	820,760	S55208		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
622076	120731	ECOCARD.M.B.DOPLER COLOR	25106 1	140,700	881234		31	CARDIOLOGIA
000000	120799	DROGAS		29,042,121			31	
585261	120801	TERAPIA RESPIRATORIA HOSPITALI	1	9,790	9394001		31	TERAPIA MANUAL
589844	120801	INTERC.MEDICINA ESPECIALIZADA	1	13,800	890402		31	NEUROLOGIA
210144	120801	CALCIO IONICO	19177 1	34,600	903604		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	CLORO (CLORURO)	1	7,200	903813		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	CREATININA EN SUERO, ORINA U O	1	9,100	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO	1	15,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	NITROGENO UREICO (BUN *	1	7,600	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	POTASIO	1	22,500	903859		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	SODIO	1	18,500	903864		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840 1	22,900	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
210144	120801	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880 1	22,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
623114	120801	OXIGENO VENTILACION MECANICA	13	75,140	S55208		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625027	120801	APLICACION DE LA UNIDAD DE CRI	30201 6	51,000	912001		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
Pag.005		Pasan ...		39,397,676				

CLINICA META

FACTURA DE VENTA NUMERO: **T050066** **O R I G I N A L.**

LA COMPAÑIA ASEGURADORA:**CONSORCIO SAYP 2011** **NIT 900,462,447**

:FOSYGA

DEBE A:
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
Nit:892,000,401-7

Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO

LA SUMA DE:VEINTIDOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

$ 22,700

Por concepto de servicios de salud correspondientes al Seguro Obligatorio de Accidente de Transito prestados a: TOVAR CASTRO CONCEPCION Ident: 40,378,353

Historia clinica Nro:40378353 Fecha de Ingreso año: 2012 mes: 07 dia: 13

Dias de estancia : 0 Fecha de retiro año: 2012 mes: 07 dia: 13
Fecha de entrega: Julio 26 de 2012

INVERSIONES CLINICA DE META S.A.
NIT. 892.000.401-7

Firma y sello

DESCRIPCION DEL SERVICIO

Comp.	Codigo	CONCEPTO	CANT.	vlr unitario	vlr total
579989	39141	CONSULTA MEDICINA GENERAL	1	$ 22,700	$ 22,700

TOTAL ... $ 22,700

RESOLUCION DIAN: 220000051508 11/03/02 T37999-T50000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
la presente factura de venta se asimila en sus efectos a una letra de cambio, art 774 Codigo de comercio

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

)1-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :CLINICA EL BARZAL NIT: 900,419,004 4
Direccion: TEL: CIUDAD: VILLAVICENCIO
PACIENTE:SABOGAL VIGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: COMPL.166047
Anexos : FACTURA Y SOPORTES

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
		Pag.006	Vienen...		39,397,676				
625027	120801	APLICACION DE LA UNIDAD DE GLO	30203	25	517,500	912002		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625027	120801	APLICACION DE PLASMA FRESCO CO		37	765,900	912005		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
625027	120801	APLICACION UNIDAD PLAQUETAS		27	229,500	912003		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
		Pag.006	Total Fact		40,910,576				
			Saldo neto factura		40,910,576				

SON:CUARENTA MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

'ERSIONES CLINICA DEL META S.A. Firma del paciente o responsable 120815 MARL

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR
RESOLUCION DIAN: 220000058557 15/03/2012 P162320-P200000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 Codigo de comercio

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Nit:892,000,401-7

CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

ORIGINAL

FECHA: Julio 26 de 2012

FACTURA DE VENTA No: T050066

CLIENTE :**CONSORCIO SAYP 2011**
Direccion: CRA 10 27-51 OFC 313
PACIENTE:TOVAR CASTRO CONCEPCION
SOAT VIG. PML PLENO/REGUL
Observac: MEDICINA GENERAL
Anexos :

NIT: 900,462,447 5
TEL: 605877 CIUDAD: BOGOTA
ID: 40,378,353 EDAD:A045

NO DESCONTAR ICA
EXENTA SIN SENTENCIA 10808
MARZO 2011 DEL CONSEJO DE ESTADO

Comp.	Fecha	CONCEPTO		cant	Valor	COD.SERV.		ESPECIALIDAD
579989	120713	CONSULTA MEDICINA GENERAL	39141	1	22,700	890201	2	MEDICINA FAMILIAR

001 Total Fact 22,700
Saldo neto factura 22,700

SON:VEINTIDOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
NIT.: 892.000.401-7

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A. 120726 FADR
FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCION DIAN: 220000051508 11/03/02 T37999-T50000
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
IVA Regimen comun
LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

SOLICITUD DE COBERTURA DE POLIZA DE CX ESTETICA / MARLENY SABOGAL VIGOLLA

De: **clinica villavicencio** (clinicametaautorizaciones@hotmail.com)
Enviado: viernes, 27 de julio de 2012 09:03:16 a.m.
Para: alejandra.rodriguez@syssas.com
1 archivo adjunto
MARLENY SABOGAL VIGOLLA - EVOLUCION MEDICA.pdf (241,8 KB)

Buenos dias.

Segun conversacion telefonica, me permito solicitar la autorizacion para la cobertura de la poliza expedida por su entidad (QBE Seguros) para el manejo de complicaciones de procedimientos esteticos para la paciente MARLENY SABOGAL VIGOLLA con documento 40370255, quien ingreso a nuestra Institucion el dia 25 de julio de 2012 al servicia de Urgencias y el dia 26 de julio de 2012 paso a la Unidad de Cuidado intensivo, en donde se encuentra hospitalizada hasta la fecha.

Anexamos la evolucion medica completa correspondiente y a la espera de la respuesta generada para esta cobertura.

Por favor nos pueden enviar las respuesta a este mismo correo.

Atentamente,

LUIS ALBERTO GIL RAMIREZ
Coordinador
Oficina de Admisiones y Autorizaciones
Inversiones Clinica Meta S.A.
Villavicencio
tel : 6614400 ext 1157 / 310 2809281

(alejandra.Rodriguez@SYSSAS.com)

LINEAS Y HORARIO DE ATENCION

De Lunes a Viernes: 08.30H a 17.30H. Teléfono en Bogotá (1) 3190730 ext. 2225, 2652, 2673

Dirección para notificaciones:
Carrera 7 No. 76-35 Pisos 7, 8 y 9
Bogotá, D. C. Colombia

Web site: www.qbe.com.co

PBX: (57 - 1) 319 07 30
Fax: (57 - 1) 319 0715, 319 0721, 319 0733,
319 0738, 319 0739, 319 0749
A. A.: 265063
Líneas Nacionales: 01 8000-112460
01 8000-122131

(Alejandra Rodriguez

- No comorbilidades.
- no enf. comunes.
- no preexistencias.
  - → no insulina
  - → no diabetes
  - → control propilactico
  - → no hipertension

01 8000 11 51 85.

* 326 5695 *

Cobertura 30 dia maximo a partir de la fecha y hora.

cobertura 30 despues cirugia hasta 60 millones

derivadas de la presente
establecido en el Artículo

ndiciones generales no
o continúan en vigor y le

Yeimi
3112012868

Clinicaelbarzal@
Hotmail.com.

Yeimi Rodriguez

DATOS IMPORTANT

NOMBRE DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

Francisco Sales Puccini

NÚMERO PÓLIZA 2011000001644

VIGENCIA PÓLIZA 30 dias

DESDE: 25-Julio-2012

HASTA: 24-Agosto-2012

DIRECCIÓN: Av cle 127 # 19A-28 con 604 Bogotá

TELÉFONO 6256544

NOMBRE DEL CIRUJANO

Francisco Sales Puccini

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

CC. 8.714.912

NÚMERO REGISTRO MÉDICO 2348-1989

Dr. Francisco Sales P.
Reg MD 2348-1989
C C. 8.714.912 de B/quilla

Francisco Sales

FIRMA Y SELLO

DAT S DEL PACIENTE

No. CONSECUTIVO

NOMBRE DEL PACIENTE

Marleny Sabogal Vigolla

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

CC. 40.370.255

FECHA DE NACIMIENTO 01-12-1961

EDAD 50 años

CIUDAD/PAÍS DE PROCEDENCIA Villavicencio

FECHA DEL PROCEDIMIENTO ESTÉTICO

25-Julio-2012

HORA DEL PROCEDIMIENTO ESTÉTICO

9:00am

TIPO DE PROCEDIMIENTO ESTÉTICO

Lipectomia - liposcultura - Braquioplastia

Bichectomia - Injerto grasa en nalgas

FIRMA PACIENTE

Póliza de vida grupo
anexo de
complicaciones
de cirugía estética

RE: SOLICITUD DE FICHA QUIRURGICA + EVOLUCION MEDICA / MARLENY SABOGAL VIGOLLA

De: **Clinica El Barzal** (clinicaelbarzal@hotmail.com)
Enviado: viernes, 27 de julio de 2012 04:53:37 p.m.
Para: clinicametaautorizaciones@hotmail.com

Villavicencio, 26 de Julio de 2012

Señor
LUIS ALBERTO GIL RAMÍREZ

Buenas Tardes

Con motivo de respuesta a su solicitud, le informo que la historia clínica de la paciente MARLENY SABOGAL VEGOLLA identificada con cédula de ciudadanía N° 40.370.255 de Villavicencio, será entregada física (fotocopias), a las 11:00 am del día 28 de Julio de 2012 a la señora NELSY SABOGAL VEGOLLA (quien afirma ser hermana de la paciente) para su debido requerimiento.

Atentamente,

YEIMY MARITZA RODRÍGUEZ
Secretaria Clínica El Barzal
Tel: 6 62 67 97

From: clinicametaautorizaciones@hotmail.com
To: clinicaelbarzal@hotmail.com
Subject: SOLICITUD DE FICHA QUIRURGICA + EVOLUCION MEDICA / MARLENY SABOGAL VIGOLLA
Date: Fri, 27 Jul 2012 16:19:01 -0500

Villavicencio, 26 de Julio de 2012 - 04:20 p.m.

Sra. Yeimy Rodriguez

Buenas tardes.

Por medio de la presente solicitamos por favor nos sea enviada a este correo, la ficha quirurgica y la evolucion medica del procedimiento (s) realizado (s) en su Clinica, a la paciente MARLENY SABOGAL VIGOLLA con documento 40370255, quien ingreso a nuestra Institucion el dia 25 de julio de 2012 al servicio de Urgencias en post operatorio y paso a la Unidad de Cuidado Intensivo el dia 26 de julio de 2012.

Esta informacion es solicitada, a su vez, por la Aseguradora, QBE seguros, como complemento de la informacion sumistrada, que se requiere para validar la respectiva cobertura del evento en nuestra Institucion.

Agadezco la atencion a la presente,

Atentamente,

LUIS ALBERTO GIL RAMIREZ
Coordinador
Oficina de Admisiones y Autorizaciones
Inversiones Clinica Meta
Villavicencio

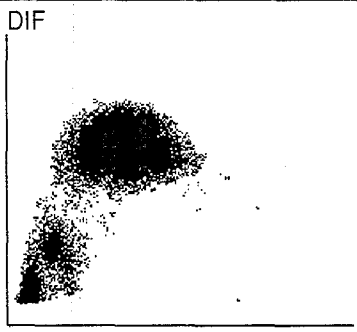
ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

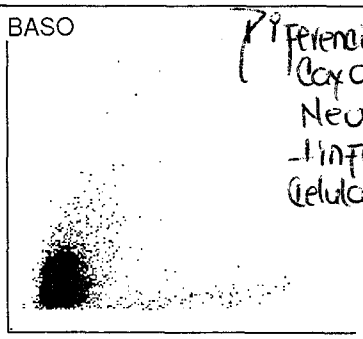
Nomb: MARLENY SABOGAL VIGOYA Sex: Eda:
Nº grá: Dept: Nº cama:
Hora prue: 27-07-2012 08:37 ID: 727055 Modo: WB
Hora muestreo: Hora entrega:

Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	29.23	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#	H	27.15	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#		1.58	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#		0.38	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#		0.09	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		0.03	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%	H	92.9	%	43.0 - 65.0
Lym%	L	5.4	%	20.5 - 45.5
Mon%	L	1.3	%	5.5 - 11.7
Eos%	L	0.3	%	0.9 - 2.9
Bas%	L	0.1	%	0.2 - 1.0
RBC	L	2.86	10^6/uL	4.20 - 6.10
HGB	L	8.6	g/dL	12.0 - 18.0
HCT	L	26.3	%	37.0 - 52.0
MCV		91.9	fL	80.0 - 99.0
MCH		30.1	pg	27.0 - 31.0
MCHC		32.7	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.8	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		48.9	fL	35.0 - 56.0
PLT	L	80	10^3/uL	130 - 400
MPV		10.1	fL	7.4 - 10.4
PDW	H	18.5		9.0 - 17.0
PCT	L	0.081	%	0.108 - 0.282
P-LCC		32	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		40.3	%	11.0 - 45.0

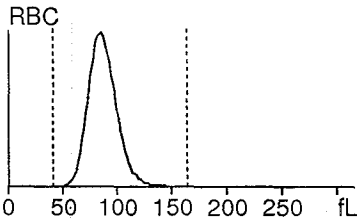
Estos parámetr son sólo para uso en investigación:

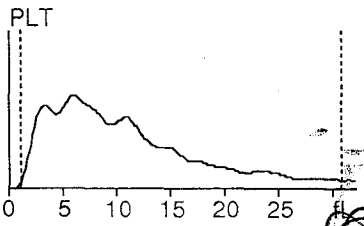
ALY#		0.09	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%		0.3	%	0.0 - 2.0
LIC#	H	1.58	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	H	5.4	%	0.0 - 2.5





1ª Ferencia Manual
Cayados & 56%
Neutrofilos & 34%
-Linfocitos: 5%
Celulas inmaduras: 5%





Remit: Analiz: ADMIN Comprob:
Imprim: 27-07-2012 08:37 Comentar:

Recuento manual de plaquetas: 79.800 x mm³

56

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:08:41

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 728027
Ingreso	:2012/07/28 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCI
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
PROTEINAS DIFERENCIADAS		
NIVEL SERICO DE PROTEINAS TOTALES---	4.50 gr%	6.2 - 8.0 gr%
NIVEL SERICO DE ALBUMINA----------	2.73 gr%	3.5 - 5.0 gr%
NIVEL SERICO DE GLOBULINA----------	1.77 gr%	2.5 - 3.3 gr%

LUZ NERY CASTRO A.
Bacterióloga
Registro No. 10151

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:08:15

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	728027
Ingreso :2012/07/28	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCI
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

QUIMICA SANGUINEA

BILIRRUBINA DIRECTA

BILIRRUBINA DIRECTA ---------- 6.53 mg/dl

VALORES DE REFERENCIA:
ADULTOS Y NIÑOS: 0 - 0.3 mg/dl

BILIRRUBINA INDIRECTA---------- 3.56 mg/dl

LUZ NERY CASTRO A.
Bacterióloga
Registro No. 10151

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

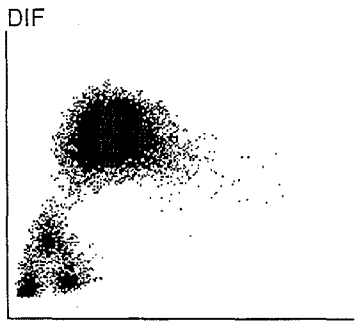
ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

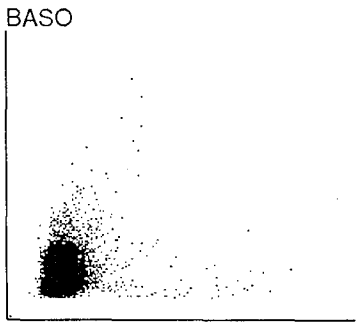
Nomb:	MARLENY SABOGAL VIGOYA	Sex:	Mujer	Eda:	50 Año
Nº grá:		Dept:		Nº cama:	
Hora prue:	28-07-2012 08:22	ID:	728027	Modo:	WB
Hora muestreo:		Hora entrega:			

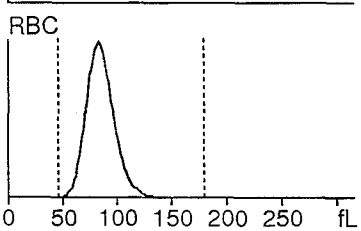
Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	20.44	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#	H	19.02	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#	L	1.00	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#	L	0.20	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#		0.20	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		0.02	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%	H	93.0	%	43.0 - 65.0
Lym%	L	4.9	%	20.5 - 45.5
Mon%	L	1.0	%	5.5 - 11.7
Eos%		1.0	%	0.9 - 2.9
Bas%	L	0.1	%	0.2 - 1.0
RBC	L	4.03	10^6/uL	4.20 - 5.40
HGB	L	11.9	g/dL	12.0 - 16.0
HCT	L	36.2	%	37.0 - 47.0
MCV		89.9	fL	81.0 - 99.0
MCH		29.5	pg	27.0 - 31.0
MCHC		32.9	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.9	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		48.4	fL	35.0 - 56.0
PLT	L	41	10^3/uL	130 - 400
MPV		8.4	fL	6.5 - 12.0
PDW	H	18.5		9.0 - 17.0
PCT	L	0.034	%	0.108 - 0.282
P-LCC	L	13	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		31.5	%	11.0 - 45.0

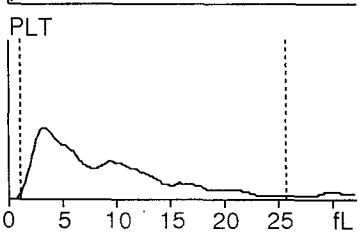
Estos parámetr son sólo para uso en investigación:

ALY#		0.08	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%		0.4	%	0.0 - 2.0
LIC#	H	1.76	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	H	8.6	%	0.0 - 2.5









Remit:		Analiz:	ADMIN	Comprob:	
Imprim:	28-07-2012 08:23	Comentar:			

Luz Nery Castro A.
BACTERIOLOGA-UNIANDES
REG 10151

1

51

ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

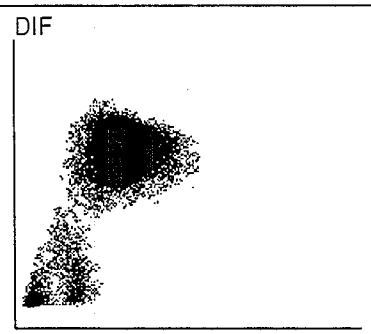
Nomb: MARLENY SABOGAL VIGOYA Sex: Eda:
Nº grá: Dept: Nº cama:
Hora prue: 29-07-2012 01:25 ID: 729005 Modo: WB
Hora muestreo: Hora entrega:

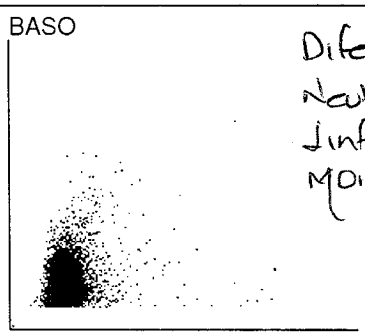
Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	18.66	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#		***.**	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#		***.**	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#		***.**	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#		***.**	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		***.**	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%		**.*	%	43.0 - 65.0
Lym%		**.*	%	20.5 - 45.5
Mon%		**.*	%	5.5 - 11.7
Eos%		**.*	%	0.9 - 2.9
Bas%		**.*	%	0.2 - 1.0
RBC	L	3.04	10^6/uL	4.20 - 6.10
HGB	L	9.0	g/dL	12.0 - 18.0
HCT	L	26.8	%	37.0 - 52.0
MCV		88.3	fL	80.0 - 99.0
MCH		29.6	pg	27.0 - 31.0
MCHC		33.6	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.8	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		47.4	fL	35.0 - 56.0
PLT	L	71	10^3/uL	130 - 400
MPV		9.1	fL	7.4 - 10.4
PDW	H	17.6		9.0 - 17.0
PCT	L	0.065	%	0.108 - 0.282
P-LCC	L	23	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		32.9	%	11.0 - 45.0

Plaquetas: 88.200 mm³.

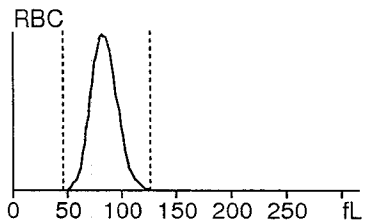
Estos parámetr son sólo para uso en investigación:

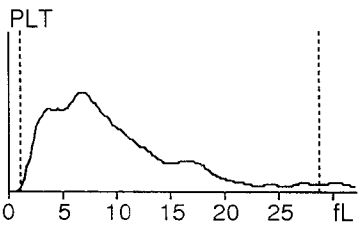
ALY#	***.**	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%	**.*	%	0.0 - 2.0
LIC#	***.**	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	**.*	%	0.0 - 2.5





Diferencial Manual
Neutrofilos: 90%
Linfocitos: 6%
Monocitos: 4%





Remit: Analiz: ADMIN Comprob:
Imprim: 29-07-2012 01:25 Comentar:

Bacteriólogo

49

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:08:15

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo :	728027
Ingreso	:2012/07/28 Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCI
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
SODIO		
NIVEL DE SODIO SERICO----------	144.6 mmol/L	136 - 146 mmol/L
POTASIO		
NIVEL DE POTASIO SERICO ---------	4.11 mmol/ l	3.5 - 5.10
CLORO		
NIVEL SERICO DE CLORO----------	105.6 mmol/L	98 - 106
CALCIO IONICO		
CALCIO IONICO ----------	3.22 mg/dl	4.61 - 5.17
NITROGENO UREICO		
NITROGENO UREICO(BUN)----------	65.0 mg/dl	7.0 - 25 mg/dl

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:08:15

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 728027
Ingreso	:2012/07/28 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCI
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia

QUIMICA SANGUINEA

CREATININA

NIVELES DE CREATININA---------- 4.06 mg/dl
VALORES DE REFERENCIA
MUJERES: 0.6 - 1.1 mg/dl .

GLICEMIA

NIVELES DE GLUCOSA---------- 111 mg/dl 70 - 105mg/dl

TGO (ASAT)

TRANSAMINASA OXALOACETICA(TGO) 1455 U/L
VALORES DE REFERENCIA:
MUJERES: MENOR DE 31U/L .

GPT (ALT)

ALANINO AMINO TRANSFERASA (GPT) 2425 U/L
VALORES DE REFERENCIA:
MUJERES: MENOR DE 52 U/L .

BILIRRUBINA TOTAL

BILIRRUBINA TOTAL ---------- 10.09 mg/dl
VALORES DE REFERENCIA:
RECIEN NACIDOS: HASTA 5.0mg/dl
NIÑOS DE 5 DIAS: HASTA 1.5mg/dl
ADULTOS : HASTA 1.1mg/dl

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/29 Hora:07:13

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo	: 729005
Ingreso :2012/07/29	Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCIA
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
GLICEMIA		
NIVELES DE GLUCOSA----------	130 mg/dl	70 - 105mg/dl
NITROGENO UREICO		
NITROGENO UREICO(BUN)----------	49.2 mg/dl	7.0 - 25 mg/dl
CREATININA		
NIVELES DE CREATININA----------	3.40 mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA		
MUJERES: 0.6 - 1.1 mg/dl	.	
COMENTARIO	CONFIRMADO CON NUEVA MUESTRA	
SODIO		
NIVEL DE SODIO SERICO----------	144.8 mmol/L	136 - 146 mmol/L
POTASIO		
NIVEL DE POTASIO SERICO ---------	3.60 mmol/ l	3.5 - 5.10
COMENTARIO	NO COINCIDE CON EL HISTORICO	

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/29 Hora:07:13

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 729005
Ingreso	:2012/07/29 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCIA
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
CALCIO IONICO		
CALCIO IONICO ----------	3.84 mg/dl	4.61 - 5.17
CLORO		
NIVEL SERICO DE CLORO----------	104.0 mmol/L	98 - 106

BACTERIOLOGA RESPONSABLE JHASBLEIDY MARTINEZ ROBAYO.

MANAGER

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

6S

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

14.

Fecha Impreso:2012/07/27 Hora:06:48

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	726209
Ingreso :2012/07/26	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCI A. 14
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

MICROBIOLOGIA

COLORACION DE GRAM

MUESTRA EXAMINADA ---------- LIQUIDO PERITONEAL

Microorganismos no se Observan---- .

BACTERIOLOGA RESPONSABLE JHASBLEIDY MARTINEZ ROBAYO.

MANAGER

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

(5)

Fecha Impreso:2012/08/01 Hora:02:02

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 801008
Ingreso	:2012/08/01 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:JAVIER ARTURO VILLEGAS LEMUS	Telefono:	UCI A 5
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
NITROGENO UREICO		
NITROGENO UREICO(BUN)----------	74.6 mg/dl	7.0 - 25 mg/dl
CREATININA		
NIVELES DE CREATININA----------	5.43 mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA		
MUJERES: 0.6 - 1.1 mg/dl	.	
SODIO		
NIVEL DE SODIO SERICO----------	141.2 mmol/L	136 - 146 mmol/L
POTASIO		
NIVEL DE POTASIO SERICO ---------	4.23 mmol/ l	3.5 - 5.10
CALCIO IONICO		
CALCIO IONICO ----------	3.82 mg/dl	4.61 - 5.17

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/08/01 Hora:02:02

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 801008
Ingreso	:2012/08/01 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:JAVIER ARTURO VILLEGAS LEMUS	Telefono:	UCI A 5
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
CLORO		
NIVEL SERICO DE CLORO----------	105.7 mmol/L	98 - 106

MAYRA ANDREA CASAS
BACTERIOLOGA
REGISTRO No. 252399

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/08/01 Hora:02:02

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 801008
Ingreso	:2012/08/01 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:JAVIER ARTURO VILLEGAS LEMUS	Telefono:	UCI A 5
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP

Tiempo de protombina----------	16.4	Seg
CONTROL DE TP----------	14.2	Seg
Valor de I.N.R----------	1.17	

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Tiempo parcial de tromboplastina--	31.1	Seg
Control de PTT----------	29.5	Seg

MAYRA ANDREA CASAS
BACTERIOLOGA
REGISTRO No. 252399

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL PORTATIL
UCI ADULTO

FECHA	: 26 DE JULIO DE 2012
NOMBRE	: SABOGAL VIGOYA MARLENY
EDAD	: 50 AÑOS
IDENTIFICACION	: 40370255
EPS	: NUEVA EPS

NOTA: SE ADVIERTE AL USUARIO QUE ESTA OBLIGADO POR DISPOSICIONES LEGALES Y PARA SU BENEFICIO, DE GUARDAR LOS IMPRESOS E INFORMES ECOGRAFICOS POR PERIODO NO INFERIOR A 3 AÑOS.

HALLAZGOS:

Se observa abundante gas intestinal, debido a esto no se logran visualizar los órganos del abdomen superior

Por presencia de vendaje en la región suprapúbica no se logran evaluar órganos pélvicos.

CONCLUSIÓN:

- **NO VISUALIZACIÓN DE LOS ORGANOS POR ABUNDANTE GAS INTESTINAL.**

DRA. MONICA M. CORREDOR H.
MEDICO RADIOLOGO
Registro medico 355
ALH 26-07-2012

Dr. Angel Sánchez R.
NEURORRADIOLOGO INTERVENCIONISTA

DR. ANGEL E. SANCHEZ R.
MEDICO RADIOLOGO
Registro medico 3894

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:14:25

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 728091
Ingreso	:2012/07/28 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:GIOVANNY ENRIQUE GONZALEZ	Telefono:	
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP

Tiempo de protombina----------	30.2 Seg	
CONTROL DE TP----------	14.2 Seg	
Valor de I.N.R----------	2.3	

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Tiempo parcial de tromboplastina--	36.0 Seg	
Control de PTT----------	29.5 Seg	

BACTERIOLOGA RESPONSABLE---------- LUZ NERY CASTRO A.

LUZ NERY CASTRO A.
Bacterióloga
Registro No. 10151

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

50

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/26 Hora:03:00

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	726015
Ingreso :2012/07/26	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :CLAUDIO JIMENEZ		Telefono:	TX
Historia :40370255			
Empresa :CLINICA META HOSPITALIZADOS			

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP

Tiempo de protombina----------	19.8	Seg
CONTROL DE TP----------	14.2	Seg
Valor de I.N.R----------	1.45	

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Tiempo parcial de tromboplastina--	58.1	Seg
Control de PTT----------	29.5	Seg

MAYRA ANDREA CASAS
BACTERIOLOGA
REGISTRO No. 252399

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/26 Hora:03:00

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	726015
Ingreso :2012/07/26	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :CLAUDIO JIMENEZ		Telefono:	TX
Historia :40370255			
Empresa :CLINICA META HOSPITALIZADOS			

	Resultado	Valores de Referencia
HEMATOLOGIA		
HEMOCLASIFICACION SANGUINEA		
GRUPO SANGUINEO Y RH	"A" POSITIVO	

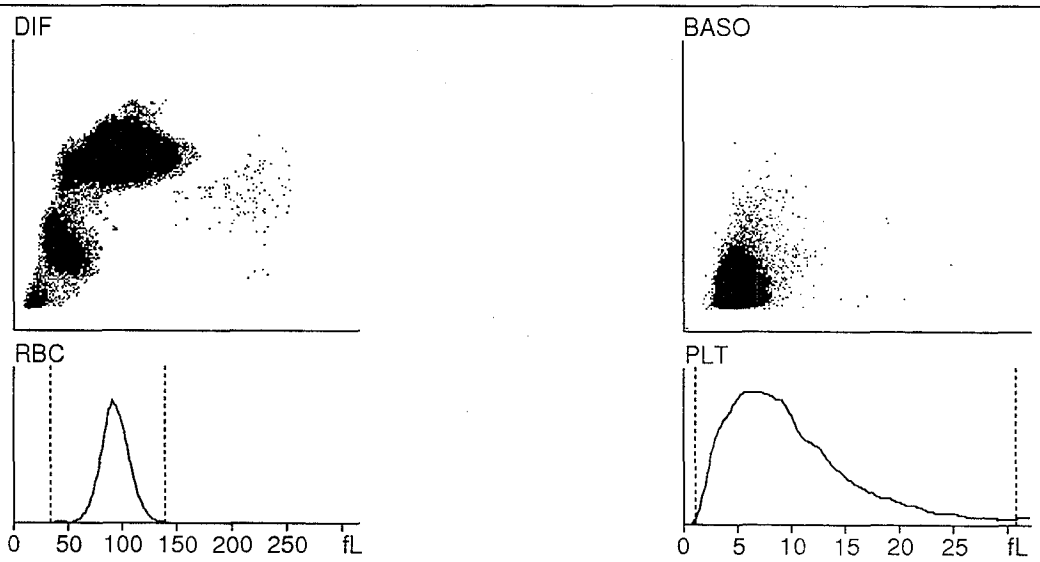
MAYRA ANDREA CASAS
BACTERIOLOGA
REGISTRO No. 252399

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

Nomb:	MARLENY SABOGAL	Sex:		Eda:	
Nº grá:		Dept:		Nº cama:	
Hora prue:	26-07-2012 01:51	ID:	726015	Modo:	WB
Hora muestreo:		Hora entrega:			

Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	44.03	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#	H	35.19	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#	H	7.04	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#	H	1.63	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#		0.13	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		0.04	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%	H	79.9	%	43.0 - 65.0
Lym%	L	16.0	%	20.5 - 45.5
Mon%	L	3.7	%	5.5 - 11.7
Eos%	L	0.3	%	0.9 - 2.9
Bas%	L	0.1	%	0.2 - 1.0
RBC	L	1.60	10^6/uL	4.20 - 6.10
HGB	L	4.3	g/dL	12.0 - 18.0
HCT	L	15.9	%	37.0 - 52.0
MCV	H	99.2	fL	80.0 - 99.0
MCH	L	26.9	pg	27.0 - 31.0
MCHC	L	27.0	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.2	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		50.6	fL	35.0 - 56.0
PLT		254	10^3/uL	130 - 400
MPV		9.4	fL	7.4 - 10.4
PDW	H	17.3		9.0 - 17.0
PCT		0.239	%	0.108 - 0.282
P-LCC		89	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		34.9	%	11.0 - 45.0
Estos parámetr son sólo para uso en investigación:				
ALY#		0.13	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%		0.3	%	0.0 - 2.0
LIC#	H	2.64	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	H	6.0	%	0.0 - 2.5



Remit:		Analiz:	ADMIN	Comprob:	
Imprim:	26-07-2012 01:51	Comentar:			

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:10:13

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	728027
Ingreso :2012/07/28	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCI
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

HEMATOLOGIA

SEDIMENTACION GLOBULAR----------> 23 mm/hora
VALOR NORMAL
HOMBRES: 0-15mm / 1hora
MUJERES: 0-25mm / 1hora

OLGA LUCIA QUESADA R.
Bacterióloga
Registro No. 10150

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

47

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/26 Hora:03:00

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	726015
Ingreso :2012/07/26	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :CLAUDIO JIMENEZ		Telefono:	TX
Historia :40370255			
Empresa :CLINICA META HOSPITALIZADOS			

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
CLORO		
NIVEL SERICO DE CLORO----------	105.7 mmol/L	98 - 106

MAYRA ANDREA CASAS
BACTERIOLOGA
REGISTRO No. 252399

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/26 Hora:03:00

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo	: 726015
Ingreso :2012/07/26	Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico :CLAUDIO JIMENEZ		Telefono:	TX
Historia :40370255			
Empresa :CLINICA META HOSPITALIZADOS			

	Resultado	Valores de Referencia

ESPECIALIZADOS

DIMERO D

NIVELES PLASMATICOS DE DIMERO D---- 979.95 ng/ml
TECNICA: ELFA
VALORES DE REFERENCIA:
MENOR DE 500 ng/ml

MAYRA ANDREA CASAS
BACTERIOLOGA
REGISTRO No. 252399

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/26 Hora:03:00

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	726015
Ingreso :2012/07/26	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :CLAUDIO JIMENEZ		Telefono:	TX
Historia :40370255			
Empresa :CLINICA META HOSPITALIZADOS			

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
NITROGENO UREICO		
NITROGENO UREICO(BUN)----------	18.3 mg/dl	7.0 - 25 mg/dl
CREATININA		
NIVELES DE CREATININA----------	1.51 mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA		
MUJERES: 0.6 - 1.1 mg/dl	.	
SODIO		
NIVEL DE SODIO SERICO----------	138 mmol/L	136 - 146 mmol/L
POTASIO		
NIVEL DE POTASIO SERICO ---------	5.21 mmol/ l	3.5 - 5.10
CALCIO IONICO		
CALCIO IONICO ----------	4.58 mg/dl	4.61 - 5.17

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

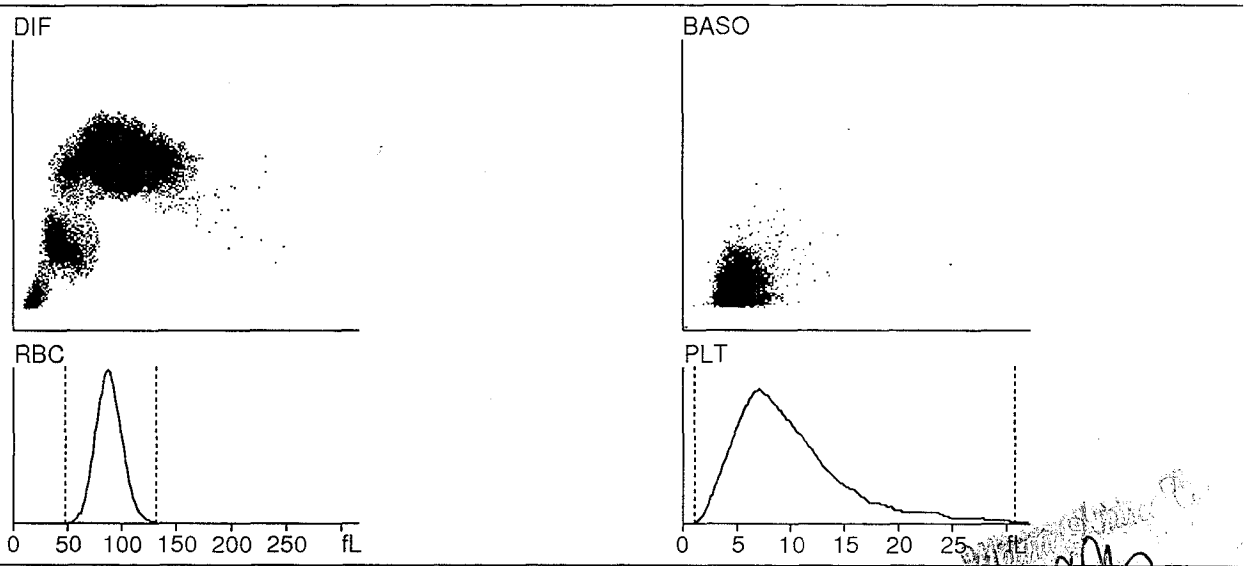
ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

Nomb:		Sex:		Eda:	
Nº grá:		Dept:		Nº cama:	
Hora prue:	25-07-2012 23:34	ID:	725201	Modo:	WB
Hora muestreo:		Hora entrega:			

Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	29.09	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#	H	24.76	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#	H	3.05	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#	H	1.19	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#		0.06	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		0.03	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%	H	85.1	%	43.0 - 65.0
Lym%	L	10.5	%	20.5 - 45.5
Mon%	L	4.1	%	5.5 - 11.7
Eos%	L	0.2	%	0.9 - 2.9
Bas%	L	0.1	%	0.2 - 1.0
RBC	L	2.61	10^6/uL	4.20 - 6.10
HGB	L	7.4	g/dL	12.0 - 18.0
HCT	L	24.3	%	37.0 - 52.0
MCV		93.0	fL	80.0 - 99.0
MCH		28.4	pg	27.0 - 31.0
MCHC	L	30.5	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.1	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		47.4	fL	35.0 - 56.0
PLT		281	10^3/uL	130 - 400
MPV		9.5	fL	7.4 - 10.4
PDW		16.0		9.0 - 17.0
PCT		0.267	%	0.108 - 0.282
P-LCC	H	92	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		32.9	%	11.0 - 45.0

Estos parámetr son sólo para uso en investigación:

ALY#		0.09	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%		0.3	%	0.0 - 2.0
LIC#	H	2.73	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	H	9.4	%	0.0 - 2.5



Remit:		Analiz:	ADMIN	Comprob:	
Imprim:	25-07-2012 23:34	Comentar:			

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/27 Hora:08:52

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	727055
Ingreso :2012/07/27	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :ORLANDO VILLANUEVA		Telefono:	uci
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP

Tiempo de protombina----------	35.5	Seg
CONTROL DE TP----------	14.2	Seg
Valor de I.N.R----------	2.48	

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Tiempo parcial de tromboplastina--	52.5	Seg
Control de PTT----------	29.5	Seg

MARTHA LUCIA HERRERA A.
Bacterióloga
Registro No. 045

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

58

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

14.

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/27 Hora:09:28

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	727055
Ingreso :2012/07/27	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :ORLANDO VILLANUEVA		Telefono:	uci
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
NITROGENO UREICO		
NITROGENO UREICO(BUN)----------	39 mg/dl	7.0 - 25 mg/dl
CREATININA		
NIVELES DE CREATININA----------	2.7 mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA		
MUJERES: 0.6 - 1.1 mg/dl	*	

MARTHA LUCIA HERRERA A.
Bacterióloga
Registro No. 045

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

57

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/31 Hora:04:27

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 731003
Ingreso	:2012/07/31 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCI A. 5
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
CLORO		
NIVEL SERICO DE CLORO----------	118.4 mmol/L	98 - 106

BACTERIOLOGA RESPONSABLE JHASBLEIDY MARTINEZ ROBAYO.

MANAGER

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:15:34

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 728121
Ingreso	:2012/07/28 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCI A
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia

ESPECIALIZADOS

DIMERO D

NIVELES PLASMATICOS DE DIMERO D---- MAYOR DE 10000 ng/ml
TECNICA: ELFA
VALORES DE REFERENCIA:
MENOR DE 500 ng/ml

OLGA LUCIA QUESADA R.
Bacterióloga
Registro No. 10150

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/28 Hora:15:34

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	728121
Ingreso :2012/07/28	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCI A
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

FIBRINOGENO

Fibrinogeno----------> 295 mg/dl
VALOR DE REFERENCIA: 200 - 400 mg/dl

OLGA LUCIA QUESADA R.
Bacterióloga
Registro No. 10150

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

45

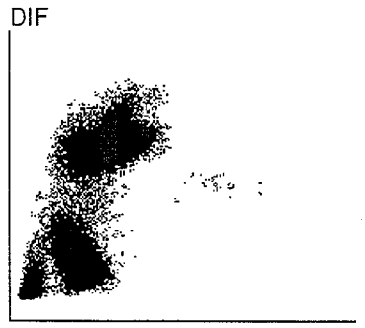
ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

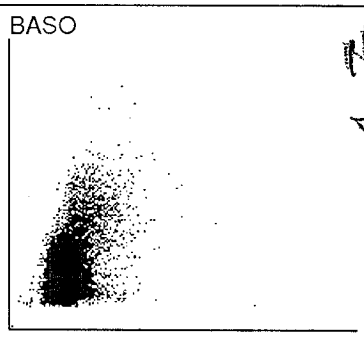
Nomb:	MARKRNY SABOGAL	Sex:		Eda:	
Nº grá:		Dept:		Nº cama:	
Hora prue:	01-08-2012 01:05	ID:	801008	Modo:	WB
Hora muestreo:		Hora entrega:			

Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	31.56	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#		***.**	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#		***.**	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#		***.**	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#		***.**	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		***.**	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%		**.*	%	43.0 - 65.0
Lym%		**.*	%	20.5 - 45.5
Mon%		**.*	%	5.5 - 11.7
Eos%		**.*	%	0.9 - 2.9
Bas%		**.*	%	0.2 - 1.0
RBC	L	1.72	10^6/uL	4.20 - 6.10
HGB	L	5.3	g/dL	12.0 - 18.0
HCT	L	16.0	%	37.0 - 52.0
MCV		93.1	fL	80.0 - 99.0
MCH		30.8	pg	27.0 - 31.0
MCHC		33.1	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		15.2	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		53.2	fL	35.0 - 56.0
PLT	L	98	10^3/uL	130 - 400
MPV		9.9	fL	7.4 - 10.4
PDW	H	17.6		9.0 - 17.0
PCT	L	0.097	%	0.108 - 0.282
P-LCC		37	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		37.6	%	11.0 - 45.0

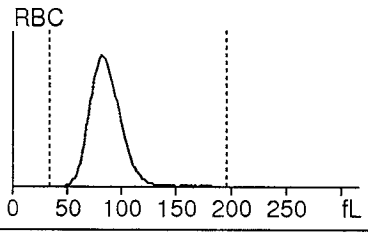
Estos parámetr son sólo para uso en investigación:

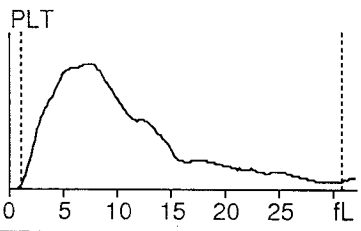
ALY#	***.**	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%	**.*	%	0.0 - 2.0
LIC#	***.**	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	**.*	%	0.0 - 2.5



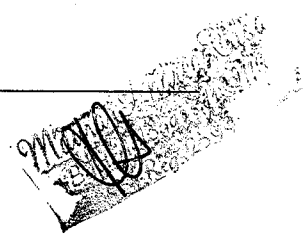


Neutrofilos: 55%
Linfocitos: 45%





Remit:		Analiz:	ADMIN	Comprob:	
Imprim:	01-08-2012 01:05	Comentar:			



36

5

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO

Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/31 Hora:04:27

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	731003
Ingreso :2012/07/31	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCI A. 5
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP

Tiempo de protombina----------	17.0	Seg
CONTROL DE TP----------	14.2	Seg
Valor de I.N.R----------	1.22	

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Tiempo parcial de tromboplastina--	29.3	Seg
Control de PTT----------	29.5	Seg

BACTERIOLOGA RESPONSABLE---------- JHASBLEIDY MARTINEZ ROBAYO.

MANAGER

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

43

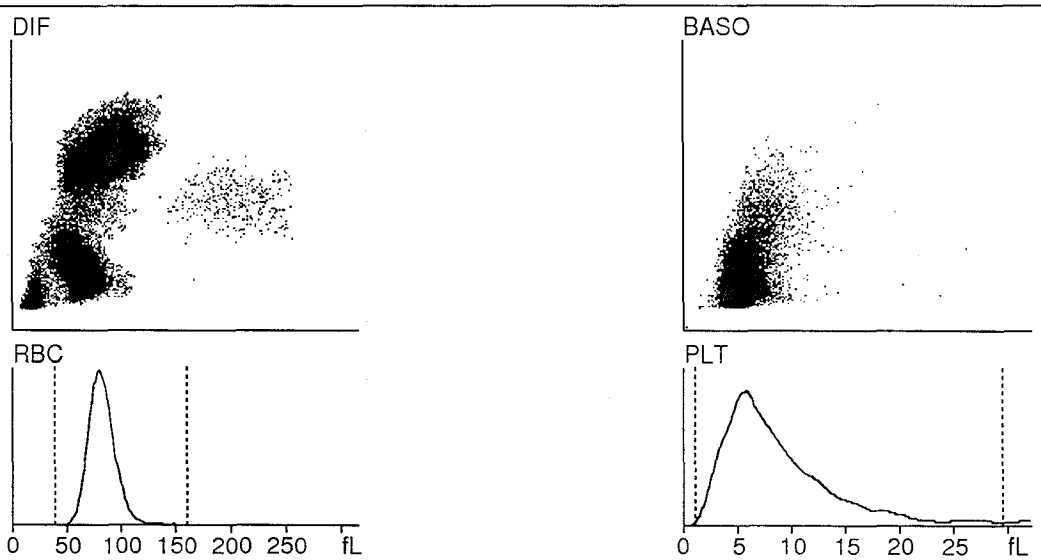
ANALAB DEL LLANO NIT 822.001.157-4 TEL 6686210-6635464

Nomb: MARLENY SABOGAL VIGOYA Sex: Eda:
Nº grá: Dept: Nº cama:
Hora prue: 31-07-2012 03:16 ID: 731003 Modo: WB
Hora muestreo: Hora entrega:

Elem prue		Result	Unid	Rango ref
WBC	H	25.19	10^3/uL	4.80 - 10.80
Neu#	H	12.97	10^3/uL	2.20 - 4.80
Lym#	H	10.05	10^3/uL	1.30 - 2.90
Mon#	H	1.64	10^3/uL	0.30 - 0.80
Eos#	H	0.43	10^3/uL	0.00 - 0.20
Bas#		0.10	10^3/uL	0.00 - 0.10
Neu%		51.5	%	43.0 - 65.0
Lym%		39.9	%	20.5 - 45.5
Mon%		6.5	%	5.5 - 11.7
Eos%		1.7	%	0.9 - 2.9
Bas%		0.4	%	0.2 - 1.0
RBC	L	2.23	10^6/uL	4.20 - 6.10
HGB	L	6.5	g/dL	12.0 - 18.0
HCT	L	19.6	%	37.0 - 52.0
MCV		87.8	fL	80.0 - 99.0
MCH		29.1	pg	27.0 - 31.0
MCHC		33.2	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		13.7	%	11.5 - 15.5
RDW-SD		45.8	fL	35.0 - 56.0
PLT		140	10^3/uL	130 - 400
MPV		8.5	fL	7.4 - 10.4
PDW		16.8		9.0 - 17.0
PCT		0.119	%	0.108 - 0.282
P-LCC		37	10^3/uL	30 - 90
P-LCR		26.5	%	11.0 - 45.0

Estos parámetr son sólo para uso en investigación:

ALY#	H	0.73	10^3/uL	0.00 - 0.20
ALY%	H	2.9	%	0.0 - 2.0
LIC#	H	3.27	10^3/uL	0.00 - 0.20
LIC%	H	13.0	%	0.0 - 2.5



Remit: Analiz: ADMIN Comprob:
Imprim: 31-07-2012 03:16 Comentar:

42

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/31 Hora:04:27

Paciente	:SABOGAL VIGOYA MARLENY	Codigo	: 731003
Ingreso	:2012/07/31 Edad: 50 Años	Sexo	: F
Medico	:medicos varios	Telefono:	UCI A. 5
Historia	:40370255		
Empresa	:UCI ADULTOS CLINICA META		

	Resultado	Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA		
NITROGENO UREICO		
NITROGENO UREICO(BUN)----------	59.4 mg/dl	7.0 - 25 mg/dl
CREATININA		
NIVELES DE CREATININA----------	4.40 mg/dl	
VALORES DE REFERENCIA		
MUJERES: 0.6 - 1.1 mg/dl	.	
SODIO		
NIVEL DE SODIO SERICO----------	143.9 mmol/L	136 - 146 mmol/L
POTASIO		
NIVEL DE POTASIO SERICO ---------	3.43 mmol/ l	3.5 - 5.10
CALCIO IONICO		
CALCIO IONICO ----------	4.00 mg/dl	4.61 - 5.17

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
ANALAB DEL LLANO LTDA
Nit 822.001.157-4

LAB CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.

Of. principal calle 33B No. 37-16
telefono 6626774-6724999 celular 3203421763
sede. Clinica Meta:Calle 33A No. 36-23
Telefono Fax 6624665-6627357 celular 3203424237

Fecha Impreso:2012/07/29 Hora:03:59

Paciente :SABOGAL VIGOYA MARLENY		Codigo :	729005
Ingreso :2012/07/29	Edad: 50 Años	Sexo :	F
Medico :medicos varios		Telefono:	UCIA
Historia :40370255			
Empresa :UCI ADULTOS CLINICA META			

	Resultado	Valores de Referencia

COAGULACION

TIEMPO DE PROTROMBINA TP

Tiempo de protombina----------	13.1	Seg
CONTROL DE TP----------	14.2	Seg
Valor de I.N.R----------	0.92	

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA

Tiempo parcial de tromboplastina--	41.3	Seg
Control de PTT----------	29.5	Seg

BACTERIOLOGA RESPONSABLE---------- JHASBLEIDY MARTINEZ ROBAYO.

MANAGER

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

48

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES UCI ADULTO

FECHA	: 26 DE JULIO DE 2012
NOMBRE	: SABOGAL VIGOYA MARLENY
EDAD	: 50 AÑOS
IDENTIFICACION	: 40370255
EPS	: NUEVA EPS

NOTA: SE ADVIERTE AL USUARIO QUE ESTA OBLIGADO POR DISPOSICIONES LEGALES Y PARA SU BENEFICIO, DE GUARDAR LOS IMPRESOS E INFORMES ECOGRAFICOS POR PERIODO NO INFERIOR A 3 AÑOS.

HALLAZGOS:

DERECHO

Con la modalidad de tiempo real y en equipo de alta resolución utilizando transductor lineal de 10 – 5 MHz. Se exploran los trayectos venosos de los miembros inferiores.

Se visualizaron las venas femoral común, profunda y superficial, esta ultima hasta el tercio distal, poplítea y tíbiales anteriores y posteriores.

Existe llenado adecuado de la luz de las venas, con adecuada comprensibilidad con el transductor y no se observan imágenes que sugieran trombos.

No se logra visualizar la vena safena mayor.

IZQUIERDO

Con la modalidad de tiempo real y en equipo de alta resolución utilizando transductor lineal de 13 – 5 MHz. Se exploran los trayectos venosos de los miembros inferiores.

Se visualizaron las venas femoral común, profunda y superficial, esta ultima hasta el tercio distal, poplítea y tíbiales anteriores y posteriores.

Existe llenado adecuado de la luz de las venas, con adecuada comprensibilidad con el transductor y no se observan imágenes que sugieran trombos.

La vena safena mayor en el lado derecho en reposo tiene un diámetro de 5 mm y con la maniobra de Valsalva de 5.4 mm.

No se logra visualizar la vena safena mayor por presencia de vendaje en el área de exploración.

ECOGRAFIA DOPPLER COLOR VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES UCI ADULTO

FECHA : 26 DE JULIO DE 2012
NOMBRE : SABOGAL VIGOYA MARLENY
EDAD : 50 AÑOS
IDENTIFICACION : 40370255
EPS : NUEVA EPS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- NEGATIVO PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

DRA. MONICA M. CORREDOR H.
MEDICO RADIOLOGO
Registro medico 355
ALH 26-07-2012 12.00

Dr. Angel Sánchez R.
NEURORRADIOLOGO INTERVENCIONISTA
DR. ANGEL E. SANCHEZ R.
MEDICO RADIOLOGO
Registro medico 3894

FRESENIUS MEDICAL CARE

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

FECHA: 30 DE JULIO DE 2012

DIAGNOSTICO: INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

MES DE ATENCION: JULIO DE 2012

PACIENTE	DOCUMENTO	PROCEDIMIENTO
MARLENY SABOGAL VIGOYA	40370255	IMPLANTE DE CATETER TEMPORAL PARA HEMODIALISIS
		SUMINISTRO DE CATETER
		HEMODIALISIS CON BICARBONATO (3 SESIONES)

Fresenius Medical Care
Manuel Iglesias
MEDICO NEFROLOGO
C.C. 73'127'367 DE CARTAGENA

DR. MANUEL GUILLERMO RUIZ IGLESIAS
Médico Nefrólogo U.R.
R.M. 73.127.367

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Identificación:	40370255	**Tipo:**	CC - Cedula de Ciudadania			**Fecha de Nacimiento:**	01/12/1961
Edad:	50	**Sexo:**	Femenino	**Raza:**	Mestizo	**Grupo Sanguineo:**	
Dirección:	CARRERA 25 24-10			**Teléfono:**	NO REFIERE	**RH:**	
Ciudad:				**Código de la IPS:**	5000101025		
E.P.S. o Aseguradora:	ICMU01 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			**Forma admisión:**	Ingreso por urgencias		
Estadio de ERC (KDQI):	5	**Fecha de diagnóstico de ERC:**	28/07/2012			**TFG paciente entro en TRR:**	
Fecha 1° tratamiento para IRC:	28/07/2012	**Fecha admisión Clinicas FME:**	28/07/2012				
Diagnóstico Renal:	N17 Insuficiencia renal aguda						

Etiologia y Patologias acompañantes
No se registra información

Antecedentes Familiares
No se registra información

Antecedentes Ginecobstétricos
No se registra información

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos
No se registra información

Amputacion Miembros Superiores
No se registra información

Amputación de extremidades inferiores
No se registra información

Antecedentes Tóxicos
No se registra información

Alergias
No se registra información

Lista de espera de trasplante renal
No se registra información

Laboratorios
No se registra información
No se registra información

Kt/V OCM

Evolutivo

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Fecha:	28/07/2012 08:31:48 PM	**Impresión diagnóstica:**	N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:

NOTA DE INGRESO

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOPSITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON SHOCK HIPOVOLEMICA, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA.

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, CON SOPORTE INOTROPICO, CON NORAADRENALINA MAS DOPAMINA, INETSABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON SANGRADO ACTIVO POR SITISO DE LIPOSUCCION, CON UN GA DE 0.03 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.06 MG/DL, BUN: 65 MG/DL, POTASIO: 4.11 MEQ/L, HGB: 11.5 G/DL POLITRANSFUNDIDA, LEUCOS DE 20450, PMN: 93%, PLAQUETAS_ 49 MIL, PT: 30/10, TPT: 36/29, GASES ARTERIALES, CON ALCALOSIS COMPENSADA, GOT: 1455, GPT: 2450,

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA, SE REALIZA INDUCCION A LA FAMILIA QUIENES FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACEPTAN TERAPIA,
SE REALIZA INSERCION DE CATETER YUGULAR DERECHO, SIN COMPLICAICONES Y SE PROGRAMA SESION DE HMEODIALISIS EN UCI SEGUN PREESCRIPCION YA DOCUMENTADA.

Razón de la consulta: PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION.

Plan de manejo: HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL.

Analisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA, SE REALIZA INDUCCION A LA FAMILIA QUIENES FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACEPTAN TERAPIA,
SE REALIZA INSERCION DE CATETER YUGULAR DERECHO, SIN COMPLICAICONES Y SE PROGRAMA SESION DE HMEODIALISIS EN UCI SEGUN PREESCRIPCION YA DOCUMENTADA.

Realizado por:Dr Luis Gabriel Martinez Vergel

Exploración Física

Constantes Vitales: Sintomas

No se registra información

Constantes Vitales: Localización

No se registra información

Ultimo movimiento del paciente

Fecha	Situación del paciente	Tratamiento	Descripción movimiento	Centro relacionado	Causa del fallecimiento	Fallecimiento en la diálisis
28/07/2012	Activo	Hemodiálisis	Admisión de Paciente nuevo			

Medicación Actual

No se registra información

Comentario medicación:

Prescripcion de diálisis

Acceso Vascular	Fecha creación	Posición	Realizado por	Fecha de inicio de uso	Estado actual	L. Sangre Dializada
Catéter venoso transitorio	28/07/2012	Yugular interna anterior derecha	Nefrólogo	28/07/2012	En uso para diálisis	3.38

Peso		T.A. (mmHg)		F.C. Pulso (lat/min)	
Peso Interdialisis (Kg)	Peso seco (Kg)	Pre -HD	Post-HD	Pre-HD	Pos-HD
	70	157/92	107/66	110	120

Modalidad	Pre Dilución	Post Dilución	Infusión Total
Hemodiálisis			

Tiempo	Frecuencia	Turno	Dializador	Membrana	Superficie mts	Coef. Uf. mL/mmHg/h
240 min	3 Días/Sem.	NO DEFINIDO	FX60	helixone®	1.40	46

Flujo de sangre	Na+ Prescrito	Uf. Máx	Agujas
350 ml/min	136 mmol/l	1l/h	

Flujo L. diálisis	Líquido de Diálisis Na+	Líquido de Diálisis K+	Líquido de Diálisis Ca++	Líquido de Diálisis HCO3-	Líquido de Diálisis Glucosa
500 ml/min	136 mmol/lmmol/l	mmol/l	mmol/l	31 mmol/l	g/L

Anticoagulante	Bolos	Dosis Total	Suspender min. antes del final
HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML VIAL*5ML	500 IU	2500.00 IU	0 min

Dosis de Mantenimiento 1	Dosis de Mantenimiento 2

Fecha último tratamiento:	28/07/2012	TAS último tratamiento:	157	TAD último tratamiento:	92

Medicación en diálisis

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Farmaco	Días	Horario	Vía Administración	Dosis
Consultas a especialistas				
No se registra información				
Pruebas Diagnósticas				
No se registra información				
Vacunación Hepatitis B				
No se registra información				

Fresenius Medical Care
Manuel Ruiz Iglesias
MEDICO NEFROLOGO
DE CARTAGEN

	30/07/2012
Fdo: Dr Luis Gabriel Martinez Vergel	
Registro Médico:	Telefono:++57(8)6729820

MÁSMEDICAL

MÁS QUE UN LABORATORIO CLINICO

Paciente:	MARLENY SABOGAL VIGOYA	**Orden No:**	07100106
Documento de Id:	40370255	**Fecha de recepción:**	10/jul/2012 07:14
Edad: 50 Años	**Género:** F	**Fecha de impresión:**	11/jul/2012 02:24
Fecha de nacimiento:	1961-12-01	**Médico:**	ALFREDO A. MOLINA
Sede	MASMEDICAL	**Empresa**	IPS PRONTOSALUD NUEVA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA				
GLICEMIA EN AYUNAS	107.00	mg/dl	*	74 - 106
CREATININA EN SUERO	0.82	mg/dl		0.6 - 1.1
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	263	mg/dl	*	0 - 220
RANGOS: DESEABLE : MENOR DE 200 mg/dl MODERADAMENTE ALTO: 200-240 mg/dl ELEVADO : MAYOR DE 240 mg/dl				
COLESTEROL HDL	39.00	mg/dl		30 - 85
RANGOS: VALORES MAYORES DE 40 mg/dl SON RECOMENDABLES VALORES INFERIORES DE 40 mg/dl SIGNIFICAN RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIACA CORONARIA VALORES MAYORES DE 60 mg/dl SE CONSIDERAN COMO PROTECTIVOS				
TRIGLICERIDOS	190.00	mg/dl	*	0 - 150
RANGOS: DESEABLE: MENOR DE 150 mg/dl MODERADAMENTE ELEVADO A ELEVADO:150-200 mg/dl ELEVADO : 200-500 mg/dl MUY ELEVADO: MAYOR DE 500 mg/dl				
COLESTEROL VLDL	38	mg/dl	*	6 - 34
COLESTEROL LDL	186.0	mg/dl	*	80 - 130
UROANALISIS				
PARCIAL DE ORINA				
COLOR	AMARILLO			
ASPECTO	LIMPIDO			
DENSIDAD	1030			1005 - 1030
pH	6.0			
LEUCOCITOS EN ORINA	NEGATIVO			
NITRITOS	NEGATIVO			
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dl		
GLUCOSA EN ORINA	NEGATIVO	mg/dl		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	mg/dl		
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dl		
BILIRRUBINAS EN ORINAS	NEGATIVO			
SANGRE EN ORINA	NEGATIVO	Ery/ul		
SEDIMENTO URINARIO				
CELULAS EPITELIALES 0-1 XC BACTERIAS ESCASAS LEUCOCITOS 0-1 XC				

COPIA DEL INFORME

Cra 37 No. 36 - 29 Barrio Barzal

Teléfono: 6628066 E-Mail: masmedicalltda@yahoo.com.co

Villavicencio Colombia

MÁSMEDICAL

MÁS QUE UN LABORATORIO CLINICO

Paciente:	MARLENY SABOGAL VIGOYA	**Orden No:**	05300055
Documento de Id:	40370255	**Fecha de recepción:**	30/may/2012 08:14
Edad: 50 Años	**Género:** F	**Fecha de impresión:**	31/may/2012 04:15
Fecha de nacimiento:	1961-12-01	**Médico:**	IVAN DAVID GOMEZ
Sede	MASMEDICAL	**Empresa**	IPS PRONTOSALUD NUEVA

Examen	Resultado	Unidades		Valores de Referencia
QUIMICA SANGUINEA				
GLICEMIA EN AYUNAS	105.00	mg/dl		74 - 106
BUN EN SUERO	14.69	mg/dl		4.6 - 23.3
CREATININA EN SUERO	0.85	mg/dl		0.6 - 1.1
HEMATOLOGIA Y COAGULACION				
CUADRO HEMATICO				
GLOBULOS BLANCOS	8.60	x10^9/L		4 - 10
LINFOCITOS	3.50	x10^9/L		0.8 - 4
CELULAS MIXTAS	0.60	x10^9/L		0.1 - 1.5
GRANULOCITOS	4.50	x10^9/L		2 - 7
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.49	x10^12/L		3.9 - 5.6
HEMOGLOBINA	12.4	gr/dL		12 - 17.5
HEMATOCRITO	39.5	%		36 - 54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.0	fL		80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	27.6	pg		27 - 34
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	31.4	gr/dL	*	32 - 36
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS CV	11.4	%		11 - 16
RECUENTO DE PLAQUETAS	262	x10^9/L		150 - 450
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	8.90	fL		6.5 - 12
LINFOCITOS %	40.50	%	*	20 - 40
MONOCITOS %	7.30	%		3 - 15
GRANULOCITOS %	52.20	%		50 - 70
TIEMPOS DE COAGULACION PT INR				
TIEMPO DE PROTROMBINA	11.8	seg		
CONTROL PT	12.0	seg		
INR	0.98			
TIEMPOS DE COAGULACION (PTT)				
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	30.2	seg		25 - 45
CONTROL PTT	32.0	seg		

COPIA DEL INFORME
Cra 37 No. 36 - 29 Barrio Barzal
Teléfono: 6628066 E-Mail: masmedicalltda@yahoo.com.co
Villavicencio Colombia

Fecha: Jul. 30/2012 Hora: 17:05 Fact:P165878 HAB CIA5
Nombre: SABOGAL VOGOYA MARLENY CC 40,370,255 Grp sang= Rh=
Edad: A050 F.Nac:1961/12/01 Sexo:Fem. E.Civil:U.LIBRE Dir:KRA 25N § 24-08 RETIRO VILLAVICENCIO
Entidad: QBE SEGUROS S.A. OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO SU OCUPACI
Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: AMAURI PAUL PUPUT CONYUGE

TIPO : CIRUGIA CIRUGIA

DESCRIPCION QUIRURGICA

FECHA PROCEDIMIENTO: 05:05 p.m. 30/07/2012

HORA INICIO: HORA FINAL: 05:05 p.m. 30/07/2012

DIAGNOSTICO DE INGRESO: POP DE DERMOLIPECTOMIA LIPOSUCCION , SEPSIS TEJIDOS BLANDOS , POS T REANIMACIONDE SHOCK SEPTICO.

COAGULOPATIA, IRA TERAPIA REEMPLAZO RENAL .-- HEMODIALISIS.

FOMS.

S ANEMICO SEVERO.

OBESIDAD.

DIAGNOSTICO DE SALIDA : IDEM , NECORSIS POR PARCHES DE ULEON COLON ASCENDENTE Y TRNSVERSO POSIBLEMENTE POR SHOCK Y SEPSIS.

COAGULOPATIA

CIRUJANO: M BNOHORQUEZ

ANESTESIOLOGO: JL CORREDOR

AYUDANTE: F ORTIZ.

INSTRUMENTADORA: CLAUDIA MARCELA

PROCEDIMIENTOS : LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO HEMICOLECTOMIA DERECHA AMPLIADA, ANASTOMOSIS T-T IELEOCOLICA, OMENTECTOMIA PARCIAL .

HALLAZGOS: SANGRADO PEQUEnOS VASOS DE FLANCO I ZQUIERDO , MAS SANGRADO CAPA PARED ABDOME N.

NECROSIS DE TCS MAS PIEL,BORDES. MAS NECRÓSIS DE COLON DEREHCO MAS COLONTRANSVERSO YDE I LEON DISTAL

.

PATOLOGIAS : COLON DERECHO E ILEON

EPIPLON

DESCRIPCION: A.A. INCISION DE VIAFLEX. CON DRENAJE DE COAGULOS DE PmRED ,CON HEMOSTASIA F LANCO IZQUIERDO SE COLOCA PUNTOS SEDA DOS CEROS ,TRES CEROS, SE HACE HEMOSTASIA DE PARED CO N EELECTROBISTURI , CON LAVDAO SSN MAS H2O2.

SE HACE REVISION DE CAVIDAD , HALLAZGOS DE NECROSI DE COLON YDE ILEON P6R LO QUE SE DECIDE H EMICOLECTOMIA DERECHA HASTA LADO IZQUIERDO DE COLICA MEDIA P OR NECROSIS POR PARCHES. CON DE ShPRENDIMEINTO COLON DERECHO HEMSOTASAI SEDA DOS CEOS LIGADURAS MESOCOLON Y DE MEMSENTERIO CON SEDA DOS CEROS Y TRES CEROS ,PMENTECTOMIA PARCIAL. SEDA DOS CEROS.

SE HACE HEMOSTASIADE RETROPERITONEO DERECHO SEDA DOS CEROS ELCTROBISTURI , EMPAQUETAMIENOT M OMENTANEO, SE HACE SECCINDE ILEON A UNOS 50 CM DE VALVULA YA QUE A LOS TREINTA CMS SE NCUENRTA MUCOSAS NECROTICAS. SE HACE SECCION DE COLON TRANSVERSO ENTRE CLAMPS ,SE HACE ANASTOMOSIS Y NO OSTOMIA P OR PRESEN TAR COLGAJOS CUTANEOS AMPPLIOS Y TCS . SE SUTURAA ANASTOMOSSIS C ON VICRYL TRES CEROS Y hPROLEENE TRES CEROS VASCULAR, PUNTOS SEPARADOS, CIERRE MESO SEDA TRES CEROS. REVISION DE HEMOSTASIA.

SE HACE LAVADO SSN EN TOTAL EN CAVIDAD Y PAREED CON 13000 CC SSN TIBIA MAS H2O2 PARED DE A BDOMEN .

SE CIERRA VIAFLEX CON PROLEENE CERO ., SE HACE NUEVO RECUENTO FALTANDO UNA COMPRESA POR L
O QUE SE RETIRA VIAFLEX E REVISA NUEVAMENTE CAVIDAD SIN HALLAZGOS DE COMPRESSAS EN CAVIDAD
, SE COLOCA NUEVO VIAFLEX CON PROLENE UNO POR DOS.
NUEVO LAVADO PmRED. SEDA DOPS CEROS.
SE DEJA DOS COMPRESAS NE LPARED DE FLANCO IZQUIERDO Y UNA EN FLANCO DERECHOENTRE PILE Y TCS
Y APONEUROSIS
SE CUBRE AREA CRUENTA CON COMPRESASAS, Y SE COLOCA FAJA.
SE CONTINUARAA MANEJO CON NUTRICION PARENTERAL TOTAL MAS ANTIBIOTICOS Y LEV MAS LAVADOS A
NECESIDAD.
hPRONOSTICO OMIN OSO.
SE TRANSFUNDIO GRE MAS PLAASMA , GOTEO DE NORADRENALINA LEV.
LOS GASES CON ACIDOSSIS
METABOLICA, CON TRASTORNO DE OXIGENACION SEVERA.
.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL

Miguel A. Bohorquez
Especialista Cirugía G.
RM 99 77 c.c. 4,130,611

Miguel Bohorquez

BOHORQUEZ MIGUEL ANGEL Id: 4,130,611 REG:9977-86 CIRUGIA GENERAL

ORIGINAL

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CLÍNICA META

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

EVOLUCION MEDICA CIRUGIA

Imprime:MABM 20120730 17:29

FOLIO 002

Fecha: Jul. 30/2012 Hora: 17:05 Fact:P165878 HAB CIA5
Nombre: SABOGAL VOGOYA MARLENY CC 40,370,255 Grp sang= Rh=
Edad: A050 F.Nac:1961/12/01 Sexo:Fem. E.Civil:U.LIBRE Dir:KRA 25N § 24-08 RETIRO VILLAVICENCIO
Entidad: QBE SEGUROS S.A. OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO SU OCUPACI

Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: AMAURI PAUL PUPUT CONYUGE

TIPO : CIRUGIA CIRUGIA

DESCRIPCION QUIRURGICA

FECHA PROCEDIMIENTO: 05:05 p.m. 30/07/2012

HORA INICIO: HORA FINAL: 05:05 p.m. 30/07/2012

DIAGNOSTICO DE INGRESO: POP DE DERMOLIPECTOMIA LIPOSUCCION , SEPSIS TEJIDOS BLANDOS , POS T REANIMACIONDE SHOCK SEPTICO.

COAGULOPATIA, IRA TERAPIA REEMPLAZO RENAL .-- HEMODIALISIS.

FOMS.

S ANEMICO SEVERO.

OBESIDAD.

DIAGNOSTICO DE SALIDA : IDEM , NECORSIS POR PARCHES DE ULEON COLON ASCENDENTE Y TRNSVERSO POSIBLEMENTE POR SHOCK Y SEPSIS.

COAGULOPATIA

CIRUJANO: M BNOHORQUEZ

ANESTESIOLOGO: JL CORREDOR

AYUDANTE: F ORTIZ.

INSTRUMENTADORA: CLAUDIA MARCELA

PROCEDIMIENTOS : LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO HEMICOLECTOMIA DERECHA AMPLIADA, ANASTOMOSIS T-T IELEOCOLICA, OMENTECTOMIA PARCIAL .

HALLAZGOS: SANGRADO PEQUEnOS VASOS DE FLANCO I ZQUIERDO , MAS SANGRADO CAPA PARED ABDOME N.

NECROSIS DE TCS MAS PIEL,BORDES. MAS NECROSIS DE COLON DEREHCO MAS COLONTRANSVERSO YDE I LEON DISTAL

.

PATOLOGIAS : COLON DERECHO E ILEON

EPIPLON

DESCRIPCION: A.A. INCISION DE VIAFLEX. CON DRENAJE DE COAGULOS DE PmRED ,CON HEMOSTASIA F LANCO IZQUIERDO SE COLOCA PUNTOS SEDA DOS CEROS ,TRES CEROS, SE HACE HEMOSTASIA DE PARED CO N EELECTROBISTURI , CON LAVDAO SSN MAS H2O2.

SE HACE REVISION DE CAVIDAD , HALLAZGOS DE NECROSI DE COLON YDE ILEON P6R LO QUE SE DECIDE H EMICOLECTOMIA DERECHA HASTA LADO IZQUIERDO DE COLICA MEDIA P OR NECROSIS POR PARCHES. CON DE ShPRENDIMEINTO COLON DERECHO HEMSOTASAI SEDA DOS CEOS LIGADURAS MESOCOLON Y DE MEMSENTERIO CON SEDA DOS CEROS Y TRES CEROS ,PMENTECTOMIA PARCIAL. SEDA DOS CEROS.

SE HACE HEMOSTASIADE RETROPERITONEO DERECHO SEDA DOS CEROS ELCTROBISTURI , EMPAQUETAMIENOT M OMENTANEO, SE HACE SECCINDE ILEON A UNOS 50 CM DE VALVULA YA QUE A LOS TREINTA CMS SE NCUENRTA MUCOSAS NECROTICAS. SE HACE SECCION DE COLON TRANSVERSO ENTRE CLAMPS ,SE HACE ANASTOMOSIS Y NO OSTOMIA P OR PRESEN TAR COLGAJOS CUTANEOS AMPPLIOS Y TCS . SE SUTURAA ANASTOMOSSIS C ON VICRYL TRES CEROS Y hPROLEENE TRES CEROS VASCULAR, PUNTOS SEPARADOS, CIERRE MESO SEDA TRES CEROS. REVISION DE HEMOSTASIA.

SE HACE LAVADO SSN EN TOTAL EN CAVIDAD Y PAREED CON 13000 CC SSN TIBIA MAS H2O2 PARED DE A BDOMEN .

228

SE CIERRA VIAFLEX CON PROLEENE CERO ., SE HACE NUEVO RECUENTO FALTANDO UNA COMPRESA POR L
O QUE SE RETIRA VIAFLEX E REVISA NUEVAMENTE CAVIDAD SIN HALLAZGOS DE COMPRESSAS EN CAVIDAD
, SE COLOCA NUEVO VIAFLEX CON PROLENE UNO POR DOS.
NUEVO LAVADO PmRED. SEDA DOPS CEROS.
SE DEJA DOS COMPRESAS NE LPARED DE FLANCO IZQUIERDO Y UNA EN FLANCO DERECHOENTRE PILE Y TCS
Y APONEUROSIS
SE CUBRE AREA CRUENTA CON COMPRESASAS, Y SE COLOCA FAJA.
SE CONTINUARAA MANEJO CON NUTRICION PARENTERAL TOTAL MAS ANTIBIOTICOS Y LEV MAS LAVADOS A
NECESIDAD.
hPRONOSTICO OMIN OSO.
SE TRANSFUNDIO GRE MAS PLAASMA , GOTEO DE NORADRENALINA LEV.
LOS GASES CON ACIDOSSIS
METABOLICA, CON TRASTORNO DE OXIGENACION SEVERA.
.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	CANT.
Farmacia	POB05XR008701 LACTATO DE RINGER 1000ML SOL INY	4.0
	ADMINISTRAR 100 C.C. CADA 1 HORA I.V.	
	BOLSAS X 1000CC	
Ordenes Medicas	OM00002 DIETA POR NUTRICION	1.0
	NUTRICION PARETERAL TOTAL,POR REQUERIR DE HENMICOLECTOMIA AMAPLIADA MAS ANA	
	STOMOSIS.	
Farmacia	POC01CA03 701 NOREPINEFRINA 1MG/ML SOL. INY	8.0
	ADMINISTRAR 0.10 Miligramos TITULABLE I.V.	
	TITULABLE	
Farmacia	PON01AF005701 FENTANILO CITRATO 005 MG/ML (0005%) SOLUCION INYECTABLE	10.0
	ADMINISTRAR 150 Microgramos CADA 1 HORA I.V.	
	TITULABLES	
Farmacia	POA02B01 701 OMEPRAZOL 40MG SOL. INY	2.0
	ADMINISTRAR 40 Miligramos CADA 12 HORAS I.V.	
Farmacia	POA10AI008701 INSULINA ZINC CRISTALINA 80 - 100 UI/ML SOLUCION INYECTAB	0.0
	ADMINISTRAR 3 U. Internac.CADA 1 HORA I.V.	
	TITULADO	
Farmacia	POJ01CM026722 MEROPENEM 1 G. POLVO PARA INYECCION	6.0
	ADMINISTRAR 2 Gramos CADA 8 HORAS I.V.	
Farmacia	POJ01XV013721 VANCOMICINA (CLORHIDRATO) 500 MG DE BASE POLVO PARA INYEC	2.0
	ADMINISTRAR 1 Gramos CADA 8 HORAS I.V.	
Farmacia	POA12AC002701 CALCIO GLUCONATO 10% SOLUCION INYECTABLE	3.0
	ADMINISTRAR 10 C.C. PARA MEZCLA I.V.	
Farmacia	NP21533 70 VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) 2MG SOL INY	1.0
	ADMINISTRAR 10 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	
Farmacia	POC03CF017701 FUROSEMIDA 20 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE	50.0
	ADMINISTRAR 20 Miligramos CADA 1 HORA I.V.	
Farmacia	NP64323 23 FORMULA POLIMERICA ALTA DENSIDAD CALORICA . SUSP ORAL	1.0
	ADMINISTRAR 20 C.C. CADA 1 HORA ORAL	

228

CLÍNICA META

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

EVOLUCION MEDICA CIRUGIA
Imprime:MABM 20120730 17:29

FOLIO 002

DIAGNOSTICO :

Z488 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL

PERS.ATIENDE: CIRUGIA GENERAL

Miguel A. Bohorquez
Especialista Cirugía G.

BOHORQUEZ MIGUEL ANGEL Id: 4,130,611 REG:9977-86 CIRUGIA GENERAL

ORIGINAL

NRO FORMULA **2012073017054255**

FORMULA VALIDA POR 72 HORAS *Tipo Afil:SIN DETERMINAR*

226

Nombre:SABOGAL VOGOYA MARLENY CC 40,370,255

Fecha Ingreso: Jul. 25/2012 Hora:23:46 Fecha de egreso: Grp Sang= Rh=
Edad: A050 F.Nac:1961/12/01 Sexo:Fem. E.Civil:U.LIBRE Dir:KRA 25N ° 24-08 RETIRO VILLAVICENCIO
Telefono: 3158763765 Tipo Afiliacion: SIN DETERMINAR Acompañante: AMAURI PAUL PUPUT CONYUGE
Entidad:QBE SEGUROS S.A. OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN
hab CIA5 P165878 **URGENCIAS** **TRIAGE: 1** **Folio:002**

ATENDIDO POR: JIMENEZ MONSALVE CLAUDIO ALEJA Reg. 509442

Jul. 26/2012 06:13 evoluciono CASTAÑEDA SANDOVAL YESSIKA OTRO PERSONAL Folio:002

TIPO : TERAPIAS UCI ADULTO CRITICO
OXIGENOTERAPIA
Sistema de aplicacion: VENTILACION MECANICA
Fecha: 26/07/2012
Hora de inicio : 02+00
Hora de finalizacion: 07+00
Total horas: 5 HRS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

Jul. 26/2012 06:33 evoluciono CASTAÑEDA SANDOVAL YESSIKA OTRO PERSONAL Folio:002

TIPO : TERAPIAS UCI ADULTO CRITICO
TERAPIA RESPIRATORIA
INGRESA PACIENTE DE TRAUMA EN MALAS CONDICIONES GENERALES, INTUBADA, SOPORTADA CON AMBU, DESATU RADA, HIPOTENSA, SIN REALIZAR RESPIRACIONES ESPONTANEAS, SE TOMA GASES ARTERIALES QUE REPORTAN ACIDEMIA METABOLICA SEVERA CON TRASTORNO EN LA OXIGENACION, REALIZO HIGIENE BRONQUIAL OBTENIEND O ESCASA CANTIDAD DE SECRECIONES MUCOIDES. PACIENTE CONTINUA EN IGUALES CONDICIONES.
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

Jul. 26/2012 11:55 evoluciono GARCIA SANDRA MILEN OTRO PERSONAL Folio:002

TIPO : TERAPIAS UCI ADULTO CRITICO
TERAPIA RESPIRATORIA
PTE CON DIAGNOSTICOS EN HRIA CLINICA , EN MAL ESTADO GENERAL , INESTABILIDAD HEMODINAMIC A , CON SOPORTES DOPAMINA , NORADRENELINA , A PESAR DE ELLO CIFRAS TENSIONALES BAJAS , EN V ENTILACION MECANICA DIA 1 , MODALIDAD SIMV , PARAMETROS DESCREIEOTS EN SABANA EN HOJA DE CONTR OL VENTILATORIO CON GASES EN ; ACIDEMIA METABOLICA , CON TRANSTORNO SEVERO EN LA OXIGENACION , EN EQUILIBRIO ELECTROLICO , CON HB POR GASES EN ; 4.7.
SE REALIZAN MNAOOLBAS DE ACLERACION DE FLU8JO, SE ASPIRAN SECRESIONES MUCOSANBGUINOLENTAS EN MO DERADA CANTIDAD ASEO BUCAL , MAS CAMBIO DE FIJACION , NO COMPLICAICONES .
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

Jul. 26/2012 12:06 evoluciono GARCIA SANDRA MILEN OTRO PERSONAL Folio:002

TIPO : TERAPIAS UCI ADULTO CRITICO
OXIGENOTERAPIA
Sistema de aplicacion: VNETILACION MECANICA

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONSTANCIA DE PRESTACION DE SERVICIO	CODIGO: UCI FR: 18 FECHA: 08-04-08

YO, Eva Luz Romero

IDENTIFICADO (A) CON EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Nº 25846000

EXPEDIDO EN Girardot (Cundinamarca)

FIRMO EN CONSTANCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE FUERON PRESTADOS

Ptr Marleny Saboyal = cc 40370255 EN INVERSIONES

LINICA DEL META DEL DIA 25 AL 07

DEL AÑO 2012

PARA CONSTANCIA FIRMO EN VILLAVICENCIO EN _____ DE _____

DEL AÑO EN CURSO _____

3168840512 Amanda PEÑUTT
Esposa

* Eva Luz Romero tel: 3125629877 => Yelsy Saboyal Hermana

C.C * 25846000

Tel: 3102824866 => Eva => Hermana.
320245

FRANCISCO SALES UCCMM.
3106301608

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

	INVERSIONES CLINICA DEL META **AUTORIZACION DE ATENCION DEL PACIENTE** **EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**	CODIGO: UCI FR: 28 FECHA: 08-04-08

FECHA: 25/07/12 UNIDAD: UCIA CAMA: 14

El suscrito paciente, o su apoderado (en caso de pacientes menores de edad y aquellos que no tienen capacidad de discernimiento por sus condiciones clínicas)
Eva Luz Romero Garcia identificado con cédula de ciudadanía número 25846000, autorizo al personal médico y paramédico de la Unidad de Cuidados Intensivos para que al paciente
Marleny Sabogal Vigoya identificado con cédula de ciudadanía 40370255, se le realicen los procedimientos que como parte del plan de atención de la Unidad se requieren.

Entre los procedimientos que se pueden requerir están incluidos la intubación traqueal, el paso de cateter en la vejiga, en las venas y arterias de brazos y piernas o aún del tórax o del cuello, la ventilación mecánica, el paso de sondas al tórax.
Pueden haber otros procedimientos necesarios de urgencia que no esten incluidos en la lista, entre otros la transfusión sanguínea, la desfibrilaciónn, el masaje cardiaco externo o directo, etcetera.

Se han explicado a satisfacción lo que significan estos términos, sus riesgos y complicaciones así como la necesidad de realizarlos.

* Eva Luz Romero
Firma y CC
X 25846000

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE Marlen Daboguel FECHA DE INGRESO 25-07-12 CAMA 5

DIAGNOSTICO DE INGRESO

FECHA	LEUCO	NEU	HB	HTC	PLA	PT	PTT	BUN	CRE	Na	K	CL	Ca	PH	CO2	O2	HCO3	BE	SAT	PAFI	
26/07/12	44.	79.9	4.3	15.9	254	19.8	58.1	18.3	1.6	140	4.0	104	5.5	6.87	41	80	6.9	-23	84	29	A
27/07/12.														7.23	34	70	14.7	-12.3	96%	100	A
28-07-12														7.47	29	85	22	-2.0	97	142	A
														7.46	26	54	21	-3.1	91		V.
30 JUL/12														7.39	39	143	23.6	-1.0	98%	238	A
														7.37	42	44	23.5	-0.9	80%		V
31/07/12	25.1	51.5	6.5	19.6	140	17	29.3	59.4	4.4	143	3.9	118.4	4.0	7.55	30	77	28.4	4.4	98%	128	A
														7.53	33	40	28.7	4.9	60%		V
01-08-12	31.86	55	~~4.8~~ 5.3	16	98	16.4 INR: 1.17	31.1	74.6	5.43	141.2	4.23	101.2	3.82	7.38	44	80	25	1.5	97	133	A
														7.39	45	42	26	2.5	78		V

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

QBE

QBE Seguros S.A.
NIT. 860.002.534-0 Fax: (57-1)3190715/21/33/38/39/49
Cra. 7 No. 76-35 Piso 7,8,9; Bogotá D.C. Colombia PBX: (57-1)31907
Lineas Nacionales: 018000 112460/122131; A.A.: 265063; www.qbe.c

PÓLIZA DE COMPLICACIONES DE CIRUGIA PLÁSTICA ESTÉTICA
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Nro. Autorización:	01000000237	Nro. Aviso:	1000000398	Fecha:	27-07-2012	Hora:	02:18:20 PM

INFORMACION PÓLIZA

Nro. Póliza	NIT Tomador	Nombre Tomador
201100001644	8714912	FRANCISCO SALES PUCCINI

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre	INVERSIONES CLINICA DEL META	NIT / CC	892000401
Ciudad/Mpio.	Villavicencio	Depto.	Meta

DATOS DEL PACIENTE / USUARIO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
MARLENY		SABOGAL	VIGOLLA

	DD	MM	AAAA	Edad	Intervención Fecha y Hora	Documento de Identificación Tipo	Documento de Identificación Número
Fecha de Nacimiento	01	12	1961	50 Años	2012-07-25 09:00:00	CC	40370255

SERVICIO AUTORIZADO
Tratamiento médico integral hospitalario de la COMPLICACION en Cirugía Plástica Estética del Procedimiento: ABDOMINOPLASTIA-LIPECTOMIA

INFORMACION DE QUIEN GENERA LA AUTORIZACION

Nombre:	CALL CENTER QBE Seguros S.A. - Support And Service S.A.S.
Teléfono:	018000115185 y en Bogotá al 3265695

S AND S

OBSERVACION
Se autoriza, valoracion por urgencias dia 25 de julio de 2012 -paraclinicos-hospitalizacion en unidad de cuidado intensivo y pisos, desde el dia 26 de julio de 2012- pop inmediato Abdominoplastia, braquiaplastia e inyección glutea dia 25 de julio de 2012- (procedimientos Qx declarados), IDx TEP. Todo servicio, evento y/o atencion en salud, estan sujetos a condiciones de la poliza suscrita y criterios de pertinencia medica- NO se amparan ni estudios ni manejo para preexistencia y/o enfermedades comunes y/o coomorbilidades y/o correcciones esteticas por insatisfaccion. Los masajes, las curaciones, la terapia con ultrasonido y el manejo farmacológico y los controles y el manejo ambulatorio correspondiente al pop respectivo se encuentran excluidos del amparo de la póliza.

NOTA: Esta autorización es válida hasta el 2012-08-26 14:18:20 ó hasta el tope de la cobertura

SOLICITUD DE FICHA QUIRURGICA + EVOLUCION MEDICA / MARLENY SABOGAL VIGOLLA

De: **clinica villavicencio** (clinicametaautorizaciones@hotmail.com)
Enviado: viernes, 27 de julio de 2012 04:19:01 p.m.
Para: clinicaelbarzal@hotmail.com

Villavicencio, 26 de Julio de 2012 - 04:20 p.m.

Sra. Yeimy Rodriguez

Buenas tardes.

Por medio de la presente solicitamos por favor nos sea enviada a este correo, la ficha quirurgica y la evolucion medica del procedimiento (s) realizado (s) en su Clinica, a la paciente MARLENY SABOGAL VIGOLLA con documento 40370255, quien ingreso a nuestra Institucion el dia 25 de julio de 2012 al servicio de Urgencias en post operatorio y paso a la Unidad de Cuidado Intensivo el dia 26 de julio de 2012.

Esta informacion es solicitada, a su vez, por la Aseguradora, QBE seguros, como complemento de la informacion sumistrada, que se requiere para validar la respectiva cobertura del evento en nuestra Institucion.

Agadezco la atencion a la presente,

Atentamente,

LUIS ALBERTO GIL RAMIREZ
Coordinador
Oficina de Admisiones y Autorizaciones
Inversiones Clinica Meta
Villavicencio

INVERSIONES CLINICA DEL META
CONTROL ALTO RIESGO

CODIGO: HC
FR: 06
FECHA: 03/04/09

25-03-12 H.C: 40370255 CAMA

Maileny Sabogal Vogoya PESO 100 K

	LIQUIDOS ADMINISTRADOS			LIQUIDOS ELIMINADOS					SIGNOS VITALES								
HORA	PARENTERAL	S N G	V.O	DIURESIS	S N G	M.F	DRENAJE X TUBO	DRENAJE X SONDA	T.A	F.C	T°	F.R	SPO2	F.C.F	GLUCOMETRIA	GASTO URINARIO	FIRMA
7–8																	
8–9																	
9–																	
10–11																	
1–12																	
2–1																	
AL																	
1–2																	
2–3																	
3–4																	
4–5																	
5–6																	
6–7																	
OTAL																	
7–																	
8–9																	
9–10																	
–11																	
11–12	2000									89	35	22	59%				Olga Suarez
12–1	500								70/40	109	35	20	87%				Olga Suarez
1–2																	
2–3																	
3–4																	
4–5																	
5–6																	
6–7																	
OTAL																	
TAL																	

ole

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Identificación:	40370255	**Tipo:**	CC - Cedula de Ciudadania			**Fecha de Nacimiento:**	01/12/1961
Edad:	50	**Sexo:**	Femenino	**Raza:**	Mestizo	**Grupo Sanguineo:**	
Dirección:	CARRERA 25 24-10			**Teléfono:**	NO REFIERE	**RH:**	
Ciudad:				**Código de la IPS:**	5000101025		
E.P.S. o Aseguradora:	ICMU01 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			**Forma admisión:**	Ingreso por urgencias		
Estadio de ERC (KDQI):	5	**Fecha de diagnóstico de ERC:**	28/07/2012			**TFG paciente entro en TRR:**	
Fecha 1° tratamiento para IRC:	28/07/2012	**Fecha admisión Clínicas FME:**	28/07/2012				
Diagnóstico Renal:	N17 Insuficiencia renal aguda						

Etiologia y Patologias acompañantes
No se registra información

Antecedentes Familiares
No se registra información

Antecedentes Ginecobstétricos
No se registra información

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos
No se registra información

Amputacion Miembros Superiores
No se registra información

Amputación de extremidades inferiores
No se registra información

Antecedentes Tóxicos
No se registra información

Alergias
No se registra información

Lista de espera de trasplante renal
No se registra información

Laboratorios
No se registra información
No se registra información

Kt/V OCM

Evolutivo

Fecha: 31/07/2012 05:01:28 PM **Impresión diagnóstica:** N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:	PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOSPITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON EMBOLISMO GRASO, CON SHOCK HIPOVOLEMICO, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA. NOVEDAD ; SEGUN INFORMACION SUMINISTRADO POR MD DE UCI , LA PACIENTE EN MENCION SE LE REALIZO ESTUDIOS NUEROLOGICO , CUMPLIENDO CON PROTOCOLO PARA MUERTE CEREBRAL. SE SUSPENDE DIALISIS POR PRONOSTICO NEUROLOGICO .
Razón de la consulta:	PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION. SE INCIO DIALISIS TOELRANDO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION SE REALIZARON ESTA OPORTUNIDAD 2 SESIONES DEHEMDOIALISIS EN EL DIA DE HOY NOS INFORMAN QUE EL PRONOSTICO NEUROLOGICO ES DESFAVORABLE , SE REALIZAN ESTUDIOS PARA MUESTE CEREBRAL CUMPLIENDO PROTOCOLO . SE SUSPENDE DIALISIS POR MUERTE CEREBRAL .
Plan de manejo:	SE SUSPENDE DIALISIS POR MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO .
Analisis:	PACIENTE EN EL MAL ESTADO GENERAL , A QUIEN EN EL DIA HOY SE REALIZO ESTUDIOS PARA MUERTE CEREBRAL CUMPLIENDO CON EL PROTOCOLO SIENDO + . SE SUSPENDE DIALISIS POR MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO.

Realizado por:DR. MANUEL GUILLERMO RUIZ IGLESIAS

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Fecha:	30/07/2012 08:26:47 PM	**Impresión diagnóstica:**	N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:

VALORACION 30/07/2012

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOSPITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON EMBOLISMO GRASO, CON SHOCK HIPOVOLEMICO, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA.

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA,

SE INICIÓ DIALISIS EL DIA SABDO POR CATETER YUGULAR DERECHO,
HOY SE VALORA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, PERO YA SIN SOPORTE INOTROPICO, SIN NORAADRENALINA SIN DOPAMINA, CON ALGUNA MEJORIA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON UN GA DE 0.4 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.37 MG/DL, BUN: 61 MG/DL, PT: 17/14, TPT: 29.2/29.5, ES VALORADA, HOY SE SUSPEDEN DIURETICO DE ASA, SE SUSPENDE PSEUDOANALGESIA, Y SE CONTINUA VIGILANCIA ESTRICTA DE SU ESTADO CLINICO Y GENERAL, CON LEVE DISMINUICON DE AZOADOS, SIN ACIDOSIS, CON MEJORIA DE CIFRAS DE HEMOGLOBINA, SIN SANGRADO ACTIVO, SE REALIZA HOY SESION DE HEMODIALISIS SIN COMPLICACIONES, SE CONTINUA PRESSCRIBIENDO TERAPIA DE HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL DE MANERA INDEFINIDA.

Razón de la consulta: PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION.

Plan de manejo: HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL.

Analisis:

SE INICIÓ DIALISIS EL DIA SABDO POR CATETER YUGULAR DERECHO, HOY SE VALORA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, PERO YA SIN SOPORTE INOTROPICO, SIN NORAADRENALINA SIN DOPAMINA, CON ALGUNA MEJORIA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON UN GA DE 0.4 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.37 MG/DL, BUN: 61 MG/DL, PT: 17/14, TPT: 29.2/29.5, ES VALORADA, HOY SE SUSPEDEN DIURETICO DE ASA, SE SUSPENDE PSEUDOANALGESIA, Y SE CONTINUA VIGILANCIA ESTRICTA DE SU ESTADO CLINICO Y GENERAL, CON LEVE DISMINUICON DE AZOADOS, SIN ACIDOSIS, CON MEJORIA DE CIFRAS DE HEMOGLOBINA, SIN SANGRADO ACTIVO, SE REALIZA HOY SESION DE HEMODIALISIS SIN COMPLICACIONES, SE CONTINUA PRESSCRIBIENDO TERAPIA DE HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL DE MANERA INDEFINIDA.

Realizado por:Dr Luis Gabriel Martinez Vergel

Fecha:	28/07/2012 08:31:48 PM	**Impresión diagnóstica:**	N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:

NOTA DE INGRESO

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOPSITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON SHOCK HIPOVOLEMICA, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA.

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, CON SOPORTE INOTROPICO, CON NORAADRENALINA MAS DOPAMINA, INETSABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON SANGRADO ACTIVO POR SITISO DE LIPOSUCCION, CON UN GA DE 0.03 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.06 MG/DL, BUN: 65 MG/DL, POTASIO: 4.11 MEQ/L, HGB: 11.5 G/DL POLITRANSFUNDIDA, LEUCOS DE 20450, PMN: 93%, PLAQUETAS_ 49 MIL, PT: 30/10, TPT: 36/29, GASES ARTERIALES, CON ALCALOSIS COMPENSADA, GOT: 1455, GPT: 2450,

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA, SE REALIZA INDUCCION A LA FAMILIA QUIENES FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACEPTAN TERAPIA,
SE REALIZA INSERCION DE CATETER YUGULAR DERECHO, SIN COMPLICAICONES Y SE PROGRAMA SESION DE HMEODIALISIS EN UCI SEGUN PREESCRIPCION YA DOCUMENTADA.

Razón de la consulta: PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION.

Plan de manejo: HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL.

Analisis:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA, SE REALIZA INDUCCION A LA FAMILIA QUIENES FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACEPTAN TERAPIA,
SE REALIZA INSERCION DE CATETER YUGULAR DERECHO, SIN COMPLICAICONES Y SE PROGRAMA SESION DE HMEODIALISIS EN UCI SEGUN PREESCRIPCION YA DOCUMENTADA.

Realizado por:Dr Luis Gabriel Martinez Vergel

Exploración Física

Constantes Vitales: Sintomas

No se registra información

Constantes Vitales: Localización

No se registra información

Ultimo movimiento del paciente

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Fecha	Situación del paciente	Tratamiento	Descripción movimiento	Centro relacionado	Causa del fallecimiento	Fallecimiento en la diálisis
31/07/2012	Alta	Tratamiento Suspendido	Interrupción del tratamiento			

Medicación Actual

No se registra información

Comentario medicación:

Prescripcion de diálisis

Acceso Vascular	Fecha creación	Posición	Realizado por	Fecha de inicio de uso	Estado actual	L. Sangre Dializada
Catéter venoso transitorio	28/07/2012	Yugular interna anterior derecha	Nefrólogo	28/07/2012	En uso para diálisis	6.08

Peso		T.A. (mmHg)		F.C. Pulso (lat/min)	
Peso Interdialisis (Kg)	Peso seco (Kg)	Pre -HD	Post-HD	Pre-HD	Pos-HD
	70	135/66	140/83	110	132

Modalidad	Pre Dilución	Post Dilución	Infusión Total
Hemodiálisis			

Tiempo	Frecuencia	Turno	Dializador	Membrana	Superficie mts	Coef. Uf. mL/mmHg/h
240 min	3 Días/Sem.	NO DEFINIDO	FX60	helixone®	1.40	46

Flujo de sangre	Na+ Prescrito	Uf. Máx	Agujas
350 ml/min	136 mmol/l	1l/h	

Flujo L. diálisis	Líquido de Diálisis Na+	Líquido de Diálisis K+	Líquido de Diálisis Ca++	Líquido de Diálisis HCO3-	Líquido de Diálisis Glucosa
500 ml/min	136 mmol/lmmol/l	mmol/l	mmol/l	31 mmol/l	g/L

Anticoagulante	Bolos	Dosis Total	Suspender min. antes del final
HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML VIAL*5ML	500 IU	2500.00 IU	0 min

Dosis de Mantenimiento 1	Dosis de Mantenimiento 2

Fecha último tratamiento:	30/07/2012	TAS último tratamiento:	135	TAD último tratamiento:	66

Medicación en diálisis

Farmaco	Días	Horario	Vía Administración	Dosis

Consultas a especialistas

No se registra información

Pruebas Diagnósticas

No se registra información

Vacunación Hepatitis B

No se registra información

	02/08/2012
Fdo: DR. MANUEL GUILLERMO RUIZ IGLESIAS	
Registro Médico:	Telefono:++57(8)6729820

Fresenius Medical Care
Manuel Ruiz Iglesias
MEDICO NEFROLOGO
C.C. 73'127'367 DE CARTAGEN

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

NO esta 2012

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Identificación:	40370255	**Tipo:**	CC - Cedula de Ciudadania			**Fecha de Nacimiento:**	01/12/1961
Edad:	50	**Sexo:**	Femenino	**Raza:**	Mestizo	**Grupo Sanguineo:**	
Dirección:	CARRERA 25 24-10			**Teléfono:**	NO REFIERE	**RH:**	
Ciudad:				**Código de la IPS:**	5000101025		
E.P.S. o Aseguradora:	ICMU01 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.			**Forma admisión:**	Ingreso por urgencias		
Estadio de ERC (KDQI):	5	**Fecha de diagnóstico de ERC:**	28/07/2012			**TFG paciente entro en TRR:**	
Fecha 1° tratamiento para IRC:	28/07/2012	**Fecha admisión Clínicas FME:**	28/07/2012				
Diagnóstico Renal:	N17 Insuficiencia renal aguda						

Etiologia y Patologias acompañantes
No se registra información

Antecedentes Familiares
No se registra información

Antecedentes Ginecobstétricos
No se registra información

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos
No se registra información

Amputacion Miembros Superiores
No se registra información

Amputación de extremidades inferiores
No se registra información

Antecedentes Tóxicos
No se registra información

Alergias
No se registra información

Lista de espera de trasplante renal
No se registra información

Laboratorios
No se registra información
No se registra información

Kt/V OCM

Evolutivo

Fecha:	31/07/2012 05:01:28 PM	**Impresión diagnóstica:**	N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:	PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOSPITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON EMBOLISMO GRASO, CON SHOCK HIPOVOLEMICO, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA. NOVEDAD ; SEGUN INFORMACION SUMINISTRADO POR MD DE UCI , LA PACIENTE EN MENCION SE LE REALIZO ESTUDIOS NUEROLOGICO , CUMPLIENDO CON PROTOCOLO PARA MUERTE CEREBRAL. SE SUSPENDE DIALISIS POR PRONOSTICO NEUROLOGICO .
Razón de la consulta:	PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION. SE INCIO DIALISIS TOELRANDO PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION SE REALIZARON ESTA OPORTUNIDAD 2 SESIONES DEHEMDOIALISIS EN EL DIA DE HOY NOS INFORMAN QUE EL PRONOSTICO NEUROLOGICO ES DESFAVORABLE , SE REALIZAN ESTUDIOS PARA MUESTE CEREBRAL CUMPLIENDO PROTOCOLO . SE SUSPENDE DIALISIS POR MUERTE CEREBRAL .
Plan de manejo:	SE SUSPENDE DIALISIS POR MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO .
Analisis:	PACIENTE EN EL MAL ESTADO GENERAL , A QUIEN EN EL DIA HOY SE REALIZO ESTUDIOS PARA MUERTE CEREBRAL CUMPLIENDO CON EL PROTOCOLO SIENDO + . SE SUSPENDE DIALISIS POR MAL PRONOSTICO NEUROLOGICO.

Realizado por:DR. MANUEL GUILLERMO RUIZ IGLESIAS

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Fecha:	30/07/2012 08:26:47 PM	**Impresión diagnóstica:**	N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:

VALORACION 30/07/2012

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOSPITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON EMBOLISMO GRASO, CON SHOCK HIPOVOLEMICO, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA.

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA,

SE INICIÓ DIALISIS EL DIA SABDO POR CATETER YUGULAR DERECHO,
HOY SE VALORA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, PERO YA SIN SOPORTE INOTROPICO, SIN NORAADRENALINA SIN DOPAMINA, CON ALGUNA MEJORIA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON UN GA DE 0.4 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.37 MG/DL, BUN: 61 MG/DL, PT: 17/14, TPT: 29.2/29.5, ES VALORADA, HOY SE SUSPEDEN DIURETICO DE ASA, SE SUSPENDE PSEUDOANALGESIA, Y SE CONTINUA VIGILANCIA ESTRICTA DE SU ESTADO CLINICO Y GENERAL, CON LEVE DISMINUICON DE AZOADOS, SIN ACIDOSIS, CON MEJORIA DE CIFRAS DE HEMOGLOBINA, SIN SANGRADO ACTIVO, SE REALIZA HOY SESION DE HEMODIALISIS SIN COMPLICACIONES, SE CONTINUA PRESSCRIBIENDO TERAPIA DE HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL DE MANERA INDEFINIDA.

Razón de la consulta:

PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION.

Plan de manejo:

HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL.

Analisis:

SE INICIÓ DIALISIS EL DIA SABDO POR CATETER YUGULAR DERECHO, HOY SE VALORA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, PERO YA SIN SOPORTE INOTROPICO, SIN NORAADRENALINA SIN DOPAMINA, CON ALGUNA MEJORIA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON UN GA DE 0.4 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.37 MG/DL, BUN: 61 MG/DL, PT: 17/14, TPT: 29.2/29.5, ES VALORADA, HOY SE SUSPEDEN DIURETICO DE ASA, SE SUSPENDE PSEUDOANALGESIA, Y SE CONTINUA VIGILANCIA ESTRICTA DE SU ESTADO CLINICO Y GENERAL, CON LEVE DISMINUICON DE AZOADOS, SIN ACIDOSIS, CON MEJORIA DE CIFRAS DE HEMOGLOBINA, SIN SANGRADO ACTIVO, SE REALIZA HOY SESION DE HEMODIALISIS SIN COMPLICACIONES, SE CONTINUA PRESSCRIBIENDO TERAPIA DE HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL DE MANERA INDEFINIDA.

Realizado por:Dr Luis Gabriel Martinez Vergel

Fecha:	28/07/2012 08:31:48 PM	**Impresión diagnóstica:**	N17 Insuficiencia renal aguda

Comentario:

NOTA DE INGRESO

PACIENTE FEMENINA DE 59 AÑOS, HOPSITALIZADA EN UCI DE LA CLINICA META, DE DONDE INTERCONSULTAN, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON POP DE LIPECTOMIA MAS LIPOSUCCION, CON SHOCK HIPOVOLEMICA, FALLA ORGAMICA MULTISISTEMICA, FALLA RENAL AGUDA PÓR NECROSIS TUBULAR, OLIGURICA, HEPATITIS ISQUEMICA, SINDROME ANEMICO, EN ANASARCA.

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON IOT ACOPLADA A VENTILACION MECANICA, CON SOPORTE INOTROPICO, CON NORAADRENALINA MAS DOPAMINA, INETSABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, CON SANGRADO ACTIVO POR SITISO DE LIPOSUCCION, CON UN GA DE 0.03 CC/KG/HORA, CON CREATININA DE 4.06 MG/DL, BUN: 65 MG/DL, POTASIO: 4.11 MEQ/L, HGB: 11.5 G/DL POLITRANSFUNDIDA, LEUCOS DE 20450, PMN: 93%, PLAQUETAS_ 49 MIL, PT: 30/10, TPT: 36/29, GASES ARTERIALES, CON ALCALOSIS COMPENSADA, GOT: 1455, GPT: 2450,

ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA, SE REALIZA INDUCCION A LA FAMILIA QUIENES FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACEPTAN TERAPIA,
SE REALIZA INSERCION DE CATETER YUGULAR DERECHO, SIN COMPLICAICONES Y SE PROGRAMA SESION DE HMEODIALISIS EN UCI SEGUN PREESCRIPCION YA DOCUMENTADA.

Razón de la consulta:

PACIENTE INTERCONSULTADA DESDE UCI DE LA CLINICA META, EN EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON FALLA RENAL AGUDA POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA RENAL SECUNDARIA A UN SHOCK HIPOVOLMEICO POR SANGRADO ACTIVO POP DE LIPECTOMIA Y LIPOSUCCION.

Plan de manejo:

HEMODIALISIS COMO SOPORTE VITAL.

Analisis:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON FALLA RENAL AGUDA OLIGURICA, POR HIPOPERFUSION E ISQUEMIA, POR CHOQUE HIPOVOLEMICO POR SANGRADO, CON MULTIPLES COMPLICACIONES SITEMICAS, SE VALORA Y SE ENCUENTRA NECESIDAD DE INICIAR TERAPIA DE SOPORTE RENAL, CON CRITERIOS DE URGENCIA DIALITICA, SE REALIZA INDUCCION A LA FAMILIA QUIENES FIRMAN CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y ACEPTAN TERAPIA,
SE REALIZA INSERCION DE CATETER YUGULAR DERECHO, SIN COMPLICAICONES Y SE PROGRAMA SESION DE HMEODIALISIS EN UCI SEGUN PREESCRIPCION YA DOCUMENTADA.

Realizado por:Dr Luis Gabriel Martinez Vergel

Exploración Física

Constantes Vitales: Síntomas

No se registra información

Constantes Vitales: Localización

No se registra información

Ultimo movimiento del paciente

INFORME MEDICO

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
Teléfono: ++57(8)6729820 Fax : ++57(8)6729696
Nit.: 830.007.355-2

MARLENY SABOGAL VIGOYA

Fecha	Situación del paciente	Tratamiento	Descripción movimiento	Centro relacionado	Causa del fallecimiento	Fallecimiento en la diálisis
28/07/2012	Activo	Hemodiálisis	Admisión de Paciente nuevo			

Medicación Actual

No se registra información

Comentario medicación:

Prescripcion de diálisis

Acceso Vascular	Fecha creación	Posición	Realizado por	Fecha de inicio de uso	Estado actual	L. Sangre Dializada
Catéter venoso transitorio	28/07/2012	Yugular interna anterior derecha	Nefrólogo	28/07/2012	En uso para diálisis	6.08

Peso		T.A. (mmHg)		F.C. Pulso (lat/min)	
Peso Interdialisis (Kg)	Peso seco (Kg)	Pre -HD	Post-HD	Pre-HD	Pos-HD
	70	135/66	140/83	110	132

Modalidad	Pre Dilución	Post Dilución	Infusión Total
Hemodiálisis			

Tiempo	Frecuencia	Turno	Dializador	Membrana	Superficie mts	Coef. Uf. mL/mmHg/h
240 min	3 Días/Sem.	NO DEFINIDO	FX60	helixone®	1.40	46

Flujo de sangre	Na+ Prescrito	Uf. Máx	Agujas
350 ml/min	136 mmol/l	1l/h	

Flujo L. diálisis	Líquido de Diálisis Na+	Líquido de Diálisis K+	Líquido de Diálisis Ca++	Líquido de Diálisis HCO3-	Líquido de Diálisis Glucosa
500 ml/min	136 mmol/lmmol/l	mmol/l	mmol/l	31 mmol/l	g/L

Anticoagulante	Bolos	Dosis Total	Suspender min. antes del final
HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML VIAL*5ML	500 IU	2500.00 IU	0 min

Dosis de Mantenimiento 1	Dosis de Mantenimiento 2

Fecha último tratamiento:	30/07/2012	TAS último tratamiento:	135	TAD último tratamiento:	66

Medicación en diálisis

Farmaco	Días	Horario	Vía Administración	Dosis

Consultas a especialistas

No se registra información

Pruebas Diagnósticas

No se registra información

Vacunación Hepatitis B

No se registra información

01/08/2012

Fdo: DR. MANUEL GUILLERMO RUIZ IGLESIAS

Registro Médico:

Telefono:++57(8)6729820

Fresenius Medical Care
Manuel Ruiz Iglesias
MEDICO Nefrólogo

Fresenius Medical Care

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

REGISTRO MENSUAL DE FIRMAS PACIENTES DE HEMODIALISIS

NOMBRE DEL PACIENTE: SABOGAL VIGOYA MARLENY IDENTIFICACIÓN 40370255

UNIDAD RENAL: CLINICA META VILLAVICENCIO CIUDAD: VILLAVICENCIO

DIRECCION RESIDENCIA: CARRERA 25 24-10 B/ RETIRO TEL: 3168840512

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: 57042110 - INVERSIONES CLINICA DEL META MES: 2012-07

No.	FECHA	FIRMA Y/O HUELLA DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
1	28/07/2012		
2	30/07/2012		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

OBSERVACIONES Paciente dialyzada en UCI. No registra huella

APROBADO POR
AUXILIAR DE FACTURACION

REGISTRO MENSUAL DE CONSUMO DE HEMODIALISIS

FRESENIUS MEDICAL CARE

VILLAVICENCIO UR CLINICA DEL META
CALLE 33 NO.36-50 CLINICA META VILLAVICENCIO
++57(8)6729820
Nit.: 830.007.355-2
++57(8)6729696

Identificacion:	40370255
Paciente:	MARLENY SABOGAL VIGOYA
E.P.S. o Aseguradora:	ICMU01 - INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
Mes de Atención:	7 / 2012

SUMINISTROS

Productos \ Días del Mes		28	30	Σ
F00000550	BI BAG 650 g	1	1	2
1750911	CLORURO DE SODIO 0.9% 1000 ml	1	1	2
5008861	FX60	1	1	2
1712162	G87 CONCENTRADO ACIDO PARA HD / 5.0 L		1	1
3020035	JERINGA DESECHABLE 5 mL 3P C/A No 21 G	1		1
1100225	JERINGA PRELLENADA 3.000 UI/3mL (Sellado Cateter Desconexion)	1	1	2
3040080	KIT HEMODIALISIS CATHETER *SIN SABANA*	1	1	2
5000542	SET ARTERIO-VENOSO AV68-V76	1	1	2

MEDICAMENTOS

Productos \ Días del Mes		28	30	Σ
10000146	HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML VIAL*5ML - DOSIS: 2500 UI/ML	2,500	2,500	5,000

HOSPITALIZACIONES

Fecha de Ingreso	Fecha de Egreso

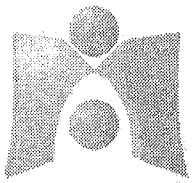
INASISTENCIAS

Fecha	Motivo	Nota Enfermeria

Elaborado Por:

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

)1-7



CLÍNICA META Calle 33 # 36 50 VILLAVICENCIO tel.6614400

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 02 de 2012 FACTURA DE VENTA No: P165878

CLIENTE :QBE SEGUROS S.A. NIT: 860,002,534 0
Direccion:CL.94A NO.13-42 OF.401 TEL: CIUDAD: BOGOTA
PACIENTE:SABOGAL VOGOYA MARLENY ID : 40,370,255 EDAD A050
ISS 2004
Observac: POLIZA COMPLICACION CX ESTETICA $ 60.000.000 INF NELSON AUT
Anexos :

Comp.	Fecha	CONCEPTO	cant	Valor	COD. SERV.	AUTORIZ.	und	ESPECIALIDAD
		Pag.003 Vienen...		3,665,880				
522000	120727	COLOCAC.DE CATETER ART/FEM/BRA	37405	1 35,600	389001		31	MEDICINA DE URGENCIAS Y D
209243	120728	ALBUMINA		1 2,600	903803		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	BILIRRUBINA DIRECTA		1 6,600	M19169		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		1 4,400	903809		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	CALCIO IONICO	19177	1 28,800	903604		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	CLORO (CLORURO)		1 2,500	903813		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1 2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO F		1 2,700	903841		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO		1 9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	NITROGENO UREICO [BUN *		1 3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	POTASIO		1 7,400	903859		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	SODIO		1 5,200	903864		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	TRANSAMINASA ALT TGP		1 4,000	903866		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209243	120728	TRANSAMINASA OXALAC.AST.TGO		1 4,000	903867		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209354	120728	DIMERO D POR EIA *NO POS		1 29,630	902104		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
[illegible]	120728	FIBRINOGENO, COAGULACION	1921350	1 5,200	902024		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209354	120728	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1 6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209354	120728	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1 8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
221036	120728	INTERN. U.C. INTENSIVO ADULTO	38525	1 576,100	S12103		31	OTRA ESPECIALIDAD NO CLAS
221962	120728	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICA		3 701,580	399501		31	NEFROLOGIA
209382	120729	CALCIO POR COLORIMETRIA *		1 3,000	903810		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	CLORO (CLORURO)		1 2,500	903813		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	CREATININA EN SUERO, ORINA U O		1 2,700	903825		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO F		1 2,700	903841		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	HEMOGRAMA (HEMOGLOBINA, HEMATO		1 9,700	902210		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	NITROGENO UREICO [BUN *		1 3,200	903856		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	POTASIO		1 7,400	903859		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	SODIO		1 5,200	903864		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	1911840	1 6,600	902045		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209382	120729	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (PTT)	1911880	1 8,300	902049		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209389	120729	ANTICUERPOS IRREGULARES, DETEC		4 116,800	911004		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209389	120729	HEMOCLASIFICACION INVERSA		4 30,000	911020		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
209389	120729	PRUEBA COMPATIB. CRUZADA MAYOR		4 46,400	911022		31	LABORATORIO CLINICO DE HE
		Pag.003 Pasan ...		5,357,190				

(SUYH CLINICA DEL META S.A. IVA REG. COMUN-RETENEDOR NIT 892,000,401
Calle 33 # 36 50 Tel: 6614400 VILLAVICENCIO 0 FARMACIA

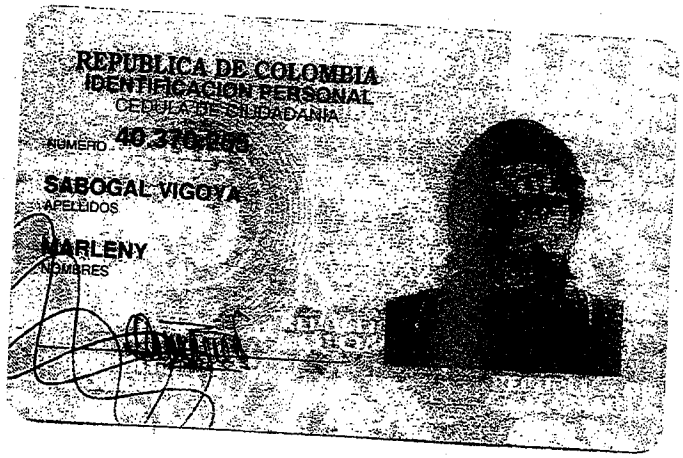
FECHA: JULIO 28/12 | COMPROBANTE NUMERO:620094 | FACTURA DE VENTA:P165878 | ACCESO:RE

ENTIDAD: CODIGO:13-9 F.PAGO:Hospit.
ATIENDE: Espec.: COS:U6
PACIENTE 000000040370255 CC SABOGAL VOGOYA MARLENY cl
OCUPACION: 999 TIPO USUARIO: CONTR. EDAD:A050 SEXO: F CIUDAD: 50001 ZONA: U
DETALLE :DE FRESENIOS Autor:

Codigo	Descripcion	Cant.	Valor unit.	Valor Total
MQ MQ94690	KIT CAT MAHURKAR Q PLUS	1.00	440,000.00	440,000

TOTAL FACTURA 440,000

SON:CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE**********
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.
220000058557 15/03/2012 P162320-P200000
120801 00:00 Firma paciente:_____ _____ NOHE Re-impr:MARL
-------VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO 30 DIAS--------


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 40.3[illegible]
SABOGAL VIGOYA
APELLIDOS
MARLENY
NOMBRES

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
Calle 33 No. 36-50 B. Barzal Tel. 6614400-29
Villavicencio/Meta

Villavicencio, octubre 30 de 2012

Señores
FISCALIA GENERAL DE LA NACION
GRUPO VIDA E INTEGRIDAD PERSONAL
Att: JUAN GABRIEL GARCIA MURCIA
Investigador Criminalistico
Código 10675 C.T.I.
Calle 33 No.41 – 35 Barrio Barzal Alto
Ciudad

REF.: REMISOR No. 2479

Adjunto envío copia de la Historia Clínica de **MARLENY SABOGAL VIGOYA (q.e.p.d.),** identificada con C. C. No.**40.370.255;** solicitado por ese Despacho mediante Oficio No. 1415 CTI - GVIP de fecha 25 de octubre de 2012, N.U.C. 500016105671201284778 M.T. 1136.

Cordialmente,

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
Alberto Miguel Avila Martinez
Reg. 15093-88
Director Médico

ALBERTO MIGUEL AVILA MARTINEZ
Gerente Medico
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A

Anexo: 97 Folios.

Rad. Ronald Ruiz.
31 OCT 2012
8:20 A.M.

Olga Clavijo

Oct 25/12
2:00 pm

FISCALIA

Villavicencio, 25 de octubre de 2012

Oficio Nº 1415 CTI – GVIP.

Señores
CLINICA META
Dirección: Calle 33 No. 36 – 50
Ciudad.

Asunto: **Solicitud Historia Clínica.**
Radicado: **N.U.C. 500016105671201284778 / M.T. 1136 - 2012**
DELITO: Homicidio (Por establecer)
(Al contestar, favor citese este Radicado)

Hosp SSDM. 166047
Folio 25-Agosto 1/12

Cordial saludo.

Por medio de la presente, comedidamente me permito solicitar su colaboración con el fin de que ordene a quien corresponda allegar copia autentica de la Historia Clínica actualizada y completa de la señora **MARLENY SABOGAL VIGOYA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 40.370.255 a la Unidad Investigativa de la Fiscalía General de la Nación – Homicidios, ubicada en la Calle 33 No. 41 – 35, barrio Barzal Alto de esta ciudad.

Lo anterior en cumplimiento de Órdenes a Policía Judicial emanadas de la Fiscalía Dieciocho (18) Seccional de esta localidad, para que obre dentro del caso del asunto.

De antemano agradezco su colaboración y auguro éxitos en su gestión.

Cordialmente,

JUAN GABRIEL GARCIA MURCIA
Investigador Criminalístico
Código 10675 C.T.I

LEY 1142 DE 2007 (JUNIO 28). *ART. 49*. EL ART. 200 LEY 906 /2004 CPP, QUEDARÁ ASÍ: PÁRRAFO 4: LOS ORGANISMOS OFICIALES Y PARTICULARES ESTÁN OBLIGADOS A PRESTAR LA COLABORACIÓN QUE SOLICITEN LAS UNIDADES DE POLICÍA JUDICIAL, EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS DENTRO DE LA INDAGACIÓN E INVESTIGACIÓN PARA LA MISMA ELABORACIÓN DE LOS ACTOS URGENTES Y CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PROGRAMAS METODOLÓGICOS, RESPECTIVAMENTE; *SO PENA DE LAS SANCIONES QUE HAYA A LUGAR.*

INVERSIONES CLÍNICA META S.A
NIT 892.099.401-7

INV. CLINICA DEL META S.A. 1R SUC:01
892.000.401 RECIBOS ADMINISTRAC. No.03111
CALLE 33 # 36 -50 TEL: 6614400 FECHA: AGOSTO 13/2012
VILLAVICENCIO VALOR *******3.700.00

RECIBI DE : PAUTT PUPO AMAURY ID: 73.073.572
DIRECCION : TEL:
LA SUMA DE : TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE**********
****
A CUENTA DE: PAUTT PUPO AMAURY ID: 73.073.572
DETALLE : FOTOCOPIA HISTORIA CLINICA PTE.MARLENY SABOGAL
F.PAGO : EFECTI

CODIGO	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	DEBITOS	CREDITOS
11050500001	Caja principal		3,700.00	
42953000007	Fotocopias y papeleria			3,700.00
	SUMAS IGUALES --------->		3,700.00	3,700.00

Recibi.
NIBI

Agosto 13/12
8:00 AM

Agosto 10/2012
6:10 pm

Villavicencio. Agosto 10 de 2012

Señores
CLINICA META S.A.
Ciudad

Hosp S.S.D.M 166044
Julio 25 – Agosto 1/12

Asunto: Solicitud de Historia Clínica

De manera atenta y respetuosa me dirijo a Ustedes con el de solicitarles, su colaboración en la expedición de la HCL de mi esposa MARLENY SABOGAL VIGOYA Q. E.P.D. identificada con No. C.C.40.370.255 de Villavicencio.

Esta solicitud la hago para realizar trámites relacionados con el fallecimiento de mi esposa en Bancos.

$3.700

Agradezco su atención y colaboración.

Auxilio Or. Aulle

Atentamente,

AMAURY PAUTT PUPO
C.C. 73.073.572

Rum 1837

3124829877 - Nely Sabogal.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 73.073.572

PAUTT PUPO

APELLIDOS

AMAURY

NOMBRES



FIRMA

LA NOTARIA PRIMERA DE VILLAVICENCIO

CERTIFICA

QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE A SU ORIGINAL LA CUAL TUVO A LA VISTA.

VILLAVICENCIO, 11 AGO 2012

Yoliana Zoraya Romero Medina

NOTARIA PRIMERA DE VILLAVICENCIO

MARTHA LILIANA MORA BARRERA

NOTARIA PRIMERA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1958

CARTAGENA

(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

22-FEB-1977 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-69158701-M-0073073572-20070825 0110107237A 02 231267035


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
APELLIDOS
NELCY
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1959
PUERTO LOPEZ
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-AGO-1978 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5205000-00252009-F-0021237184-20100824
0023553263A 2
34322270
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

INVERSIONES CLINICA DEL META

BO TA DE SALIDA DE PACIENTE FALLECIDO

CODIGO: UCI
PA: 16
FECHA: 08-04-08

FECHA: D: 01 M 08 A 2012 HORA: 13,30 AM: _____ PM: 4

NOMBRE DEL PACIENTE: Marleny Sabogal

TORIA CLINICA: 40370255 CAMA: HS

SONA QUE ENTREGA CADAVER

PERSONA QUE RECIBE CADAVER

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401

EVOLUCION MEDICA CIRUGIA
Imprime:OAAO 20120726 21:16

NICA META
G. 1

FOLIO 002

Fe : Jul. 26/2012 Hora: 21:06 Fact:P165878 HAB CA14
N e: SABOGAL VOGOYA MARLENY CC 40,370,255 Grp sang= Rh=
E A050 F.Nac:1961/12/01 Sexo:Fem. E.Civil:U.LIBRE Dir:KRA 25N § 24-08 RETIRO VILLAVICENCIO
E : NUEVA EPS OCUPAC:PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO SU OCUPACI
T filiacion: SIN DETERMINAR Acompañante: AMAURI PAUL PUPUT CONYUGE
TIPO : MEDICINA ESPECIALIZADA CIRUGIA
RUGIA
OTA OPERATORIA Y DESCRIPCION QUIRURGICA
PRE Y POST: 1 DIA POP LIPECTOMIA Y LISUCCION PARAED ABDOMINAL, BRAZOS, SEPSIS , FALLA ORGANI
, ANIEMIA AGUDA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, SOPORTE INOOTROPICO
LLAZGOS: EDEMA DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA PARED ABDOMINAL, HEMATOMA ENTRE LOS COLGAJOS APRO
2000CC; NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO, A LAPAROTOMIA SE ENCUENTRA LIQUIDO CETRINO TURBIO, N
SE ENCUENTRAN LESIONES DE VISCERAS INTRAABDOMINALES. LA VIABILIDAD DE LOS ORGANOS INTYRAABDOM
ALES CONSERVADA, AUSENCIA DE UTERO Y TROMPAS, ADHERENCIAS DEL EPIPLON CON EL PERITONEO PARIET
L Y DE LA PELVIS 540000 (2) ⇒862303 (2)
OCEDIMIENTOS: DRENAJE HEMATOMA PARED ABDOMINAL, LAVADO DE LA PARED ABDOMINAL, LAPAROTOMIA EXP
RATORIA, LIBERACI6N DE ADHERENCIAS, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICOA, LAPAROSTOMBA CON BOLSA DE
FLEX 545000 (2) 541400 (2)
UJANOS: O. ANDRADE Y DRA MARIA PAZ DUQUE (CIRUGIA PLASTICA)
STESIA GENERAL: DR J. CASTEL
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA QUIRURGICA
- SE RETIRAN LOS PUNTOS Y SE EXPLORA CON LOS HALLAZGOS MENCIONADOS, SE LAVA LA PARED ABDOMINA
PROFUSAMENTE Se 0002. 541301.
- LAPAROTOMIA MEDIANA SUPRA E INFRAUMBILICAL, CON LOS HALLAZGOS MENCIONADOS, SE TOMA MUESTR
EL LIQUIDO PERITONEAL
- SE LIBERAN ADHERENCIAS DEL EPIPLON AL PERITONEO PARIETAL Y SE EXPLORA EN FORMA SISTEMATICA,
LESIONES INTRAABDOMINALES
- SE LAVA LA CAVIDAD EN FORMA PROFUSA Y SISTEMATICA
- SE CIERRA LA PARED ABDOMINAL CON BOLSA DE VIAFLEX FIJA A LA APONEUROSIS DEL RECTO ANTERIOR
- DE NUEVO SE LAVA LA PARED ABDOMINAL CON SSN
- SE DEJAN APOSITOS EN LA HERIDA , HERIDA ABIERTA
- TRASLADAR A A UCI PARA MANEJO INTEGRAL
- PENDIENTE REPORTE DE CULTIVO DE CAVIDAD
ANDRADE
PO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F ULACION :

O	DESCRIPCION	CANT.
atorio 901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, L	1.0

SS CULTIVO DE L9QUIDO PERITONEAL

DIA TICO :
88 OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA

C TERNA : ENFERMEDAD GENERAL

26-07-12 11 PM
ANY CARDENAS DA NO AUTORIZACION DE LOS Procedimientos X SER Derivados de Cirugia Estetica, REFIERE que los procedimientos deben de ser cancelados x PARTICULAR al igual que la HOSPITALIZACION
Esperamos Estamos

26-07-12 10:02 PM

INVERSIONES CLINICA DEL META
SOLICITUD DE AUTORIZACIONES

CODIGO: FI
FR: 02
FECHA: 01/06/07

DATOS

USUARIO: Marleny Saboyal V.

DOCUMENTO IDENTIDAD: CC [ ] TI [ ] RC [ ] Nº 40.370.255

ENTIDAD/ EPS/ ARP/ ARS: Nueva EPS

URGENCIAS

HORA: 11:42 AM [ ] PM [X] 25 07 12

AUTORIZADOR: Ximena Velandia

CODIGO AUTORIZACION: Activo no tiene cobrimento

SEMANAS COTIZADAS: 217

CATEGORIA/ NIVEL	A/1	X	B/2		C/3		
TIPO AFILIADO	BEN		COT	X	OTRO		
COPAGO	SI		NO		VALOR $		CRES
CUOTA MODERADORA	SI		NO		VALOR $		

OTRAS AUTORIZACIONES

HORA: 12:54 AM [X] PM [ ] 26 07 12

AUTORIZADOR: Ximena Velandia el caso

CODIGO AUTORIZACION: quedo reportado con la

SEMANAS COTIZADAS: negacion de la urgencia se

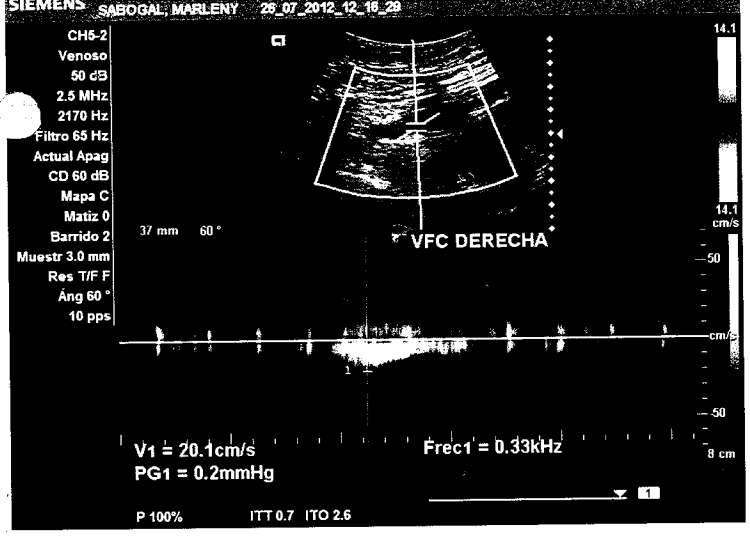
CATEGORIA/ NIVEL	A/1		B/2		C/3		informa estado
TIPO AFILIADO	BEN		COT		OTRO		actual de pote
COPAGO	SI		NO		VALOR $		
CUOTA MODERADORA	SI		NO		VALOR $		
REQUIERE ACORTAMIENTO	SI		NO		VALOR $		CRES
PEDIR AUTORIZACION FINAL POR LINEA	SI		NO		FINAL Nº		
PEDIR AUTORIZACION FINAL EN EPS	SI		NO				

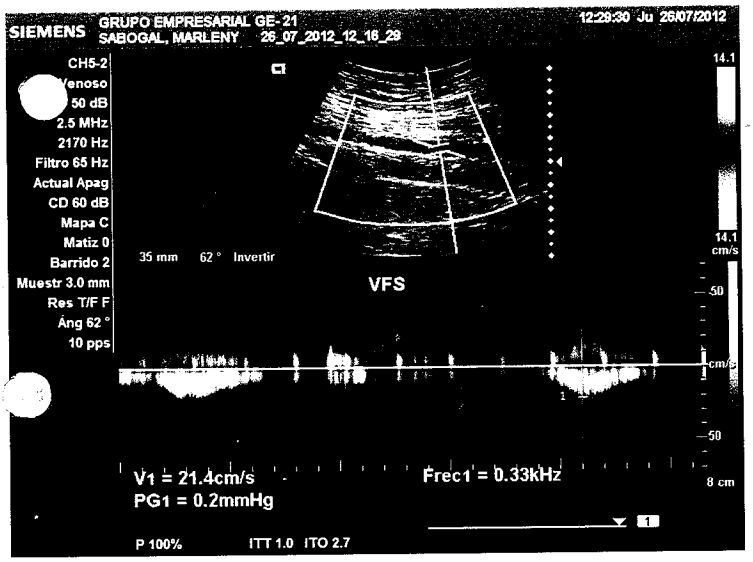
DOCUMENTACION DE IDENTIDAD		POLIZA	
CARNENT EPS/SISBEN/ARP		FUSOAT MEDICO	
INFORME ARP		INFORME ACCIDENTE TRANSITO	
REPORTE ACCIDENTES ESCOLARES			

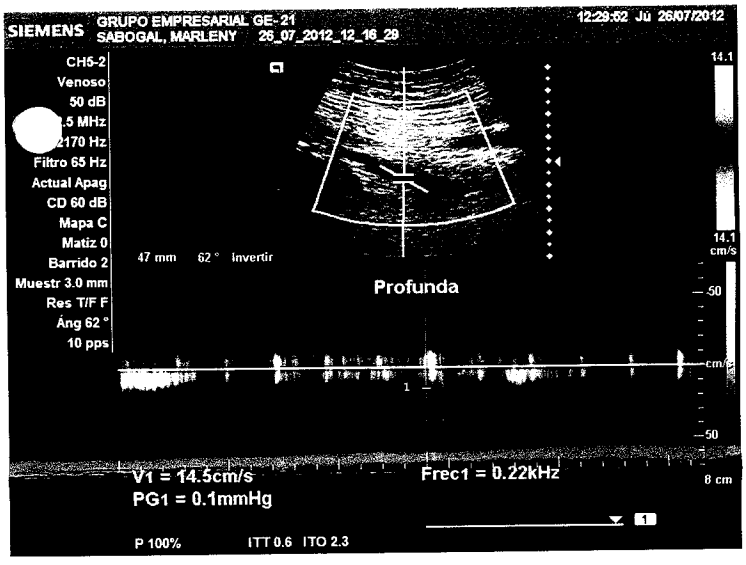
DOCUMENTOS ENTREGADOS A:

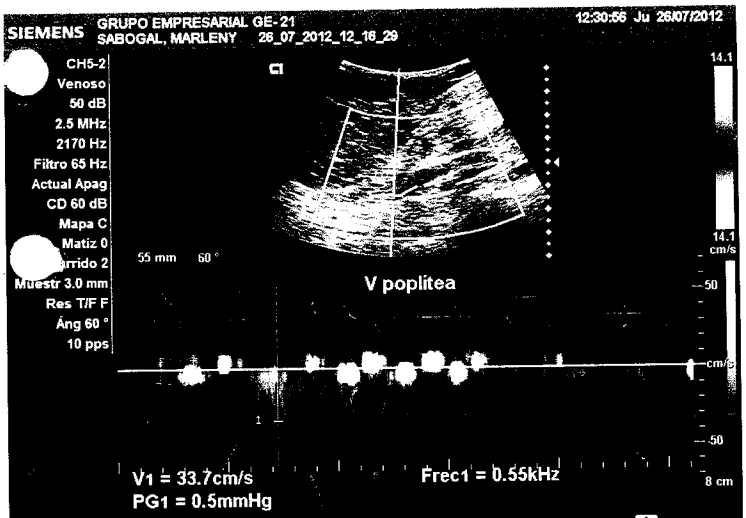
RESPONSABLE:

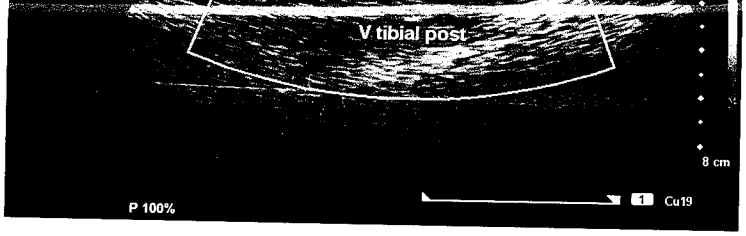
INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

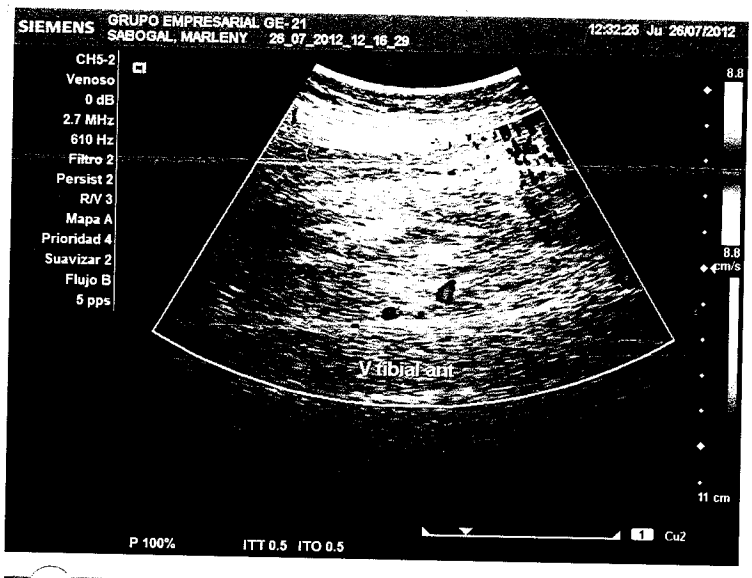

SIEMENS SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
CH5-2
Venoso
50 dB
2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barrido 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 60 °
10 pps
37 mm 60 °
VFC DERECHA
14.1
14.1 cm/s
50
cm/s
50
8 cm
V1 = 20.1cm/s
PG1 = 0.2mmHg
Frec1 = 0.33kHz
P 100%
ITT 0.7 ITO 2.6

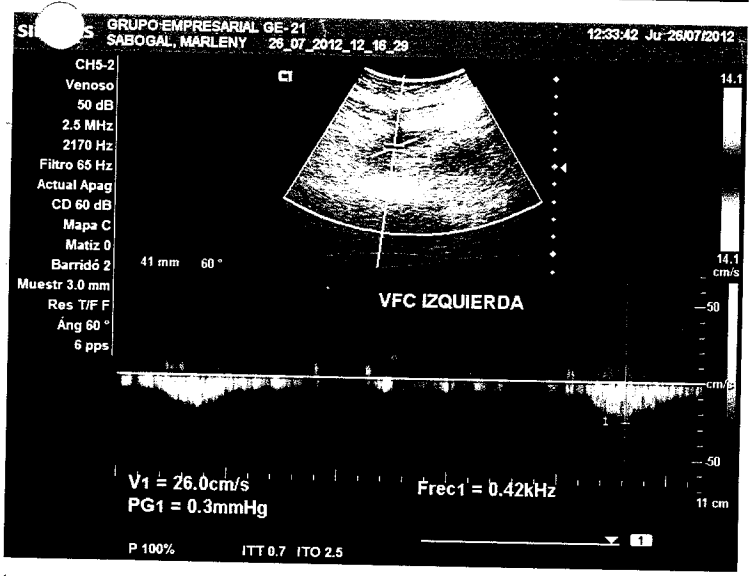

SIEMENS GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:29:30 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
50 dB
2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barrido 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 62 °
10 pps
35 mm 62 ° Invertir
VFS
14.1
14.1 cm/s
50
cm/s
50
8 cm
V1 = 21.4cm/s
PG1 = 0.2mmHg
Frec1 = 0.33kHz
P 100%
ITT 1.0 ITO 2.7

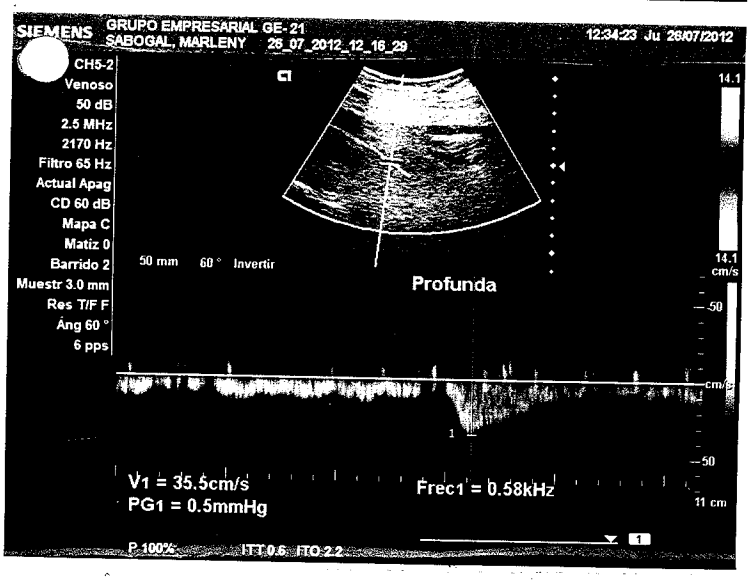

SIEMENS GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:29:52 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
50 dB
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barrido 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 62 °
10 pps
47 mm 62 ° invertir
Profunda
14.1
14.1 cm/s
50
cm/s
50
8 cm
V1 = 14.5cm/s
PG1 = 0.1mmHg
Frec1 = 0.22kHz
P 100%
ITT 0.6 ITO 2.3

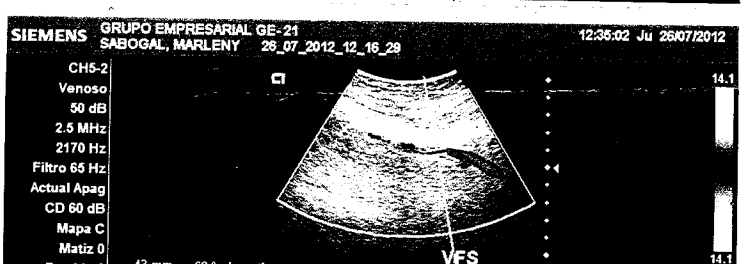

SIEMENS GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:30:56 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
50 dB
2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barrido 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 60 °
10 pps
55 mm 60 °
V poplítea
14.1
14.1 cm/s
50
cm/s
50
8 cm
V1 = 33.7cm/s
PG1 = 0.5mmHg
Frec1 = 0.55kHz

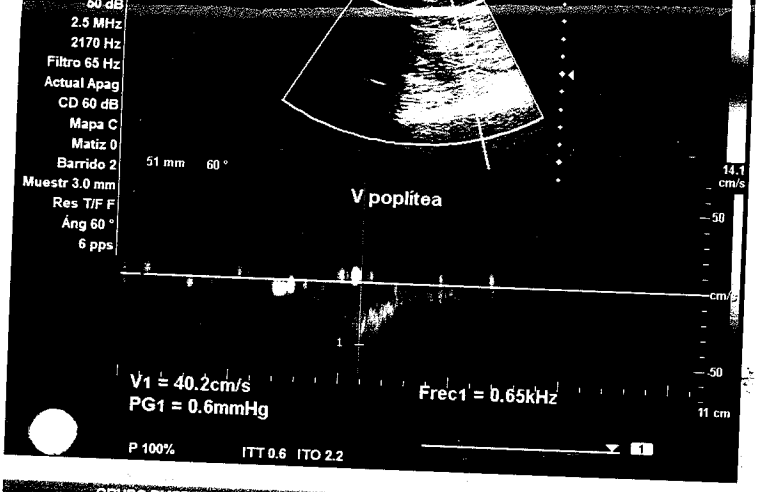

V tibial post
8 cm
P 100%
Cu19

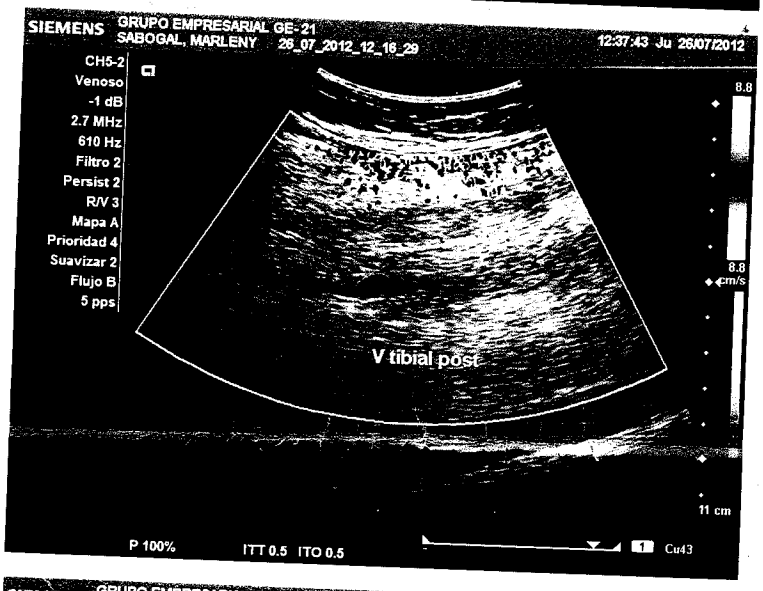

SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:32:26 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
0 dB
2.7 MHz
610 Hz
Filtro 2
Persist 2
R/V 3
Mapa A
Prioridad 4
Suavizar 2
Flujo B
5 pps
V tibial ant
11 cm
P 100%
ITT 0.5 ITO 0.5
Cu2

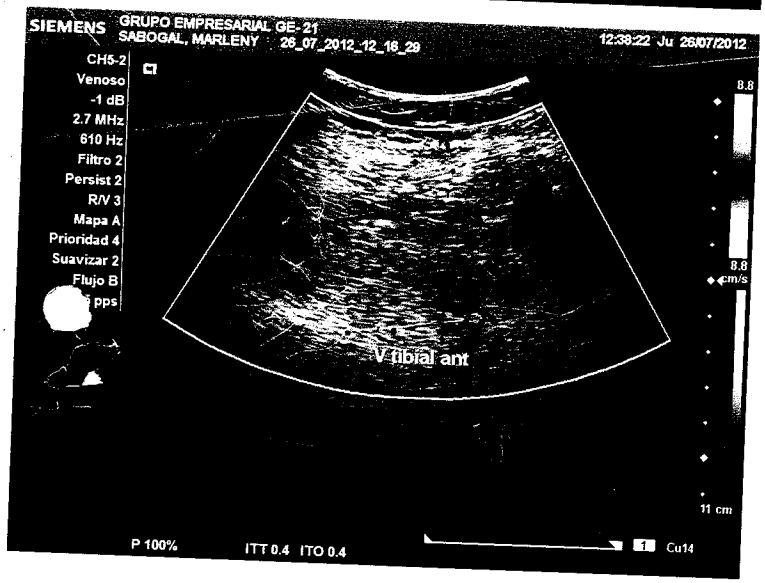

GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:33:42 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
50 dB
2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barridó 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 60 °
6 pps
41 mm 60 °
VFC IZQUIERDA
V1 = 26.0cm/s
PG1 = 0.3mmHg
Frec1 = 0.42kHz
11 cm
P 100%
ITT 0.7 ITO 2.5


SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:34:23 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
50 dB
2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barrido 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 60 °
6 pps
50 mm 60 ° Invertir
Profunda
V1 = 35.5cm/s
PG1 = 0.5mmHg
Frec1 = 0.58kHz
11 cm
P 100%
ITT 0.6 ITO 2.2


SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE-21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:35:02 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
50 dB
2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
VFS


2.5 MHz
2170 Hz
Filtro 65 Hz
Actual Apag
CD 60 dB
Mapa C
Matiz 0
Barrido 2
Muestr 3.0 mm
Res T/F F
Áng 60 °
6 pps
51 mm 60 °
V poplitea
14.1 cm/s
50
cm/s
50
V1 = 40.2cm/s
PG1 = 0.6mmHg
Frec1 = 0.65kHz
11 cm
P 100%
ITT 0.6 ITO 2.2


SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE- 21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:37:43 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
-1 dB
2.7 MHz
610 Hz
Filtro 2
Persist 2
R/V 3
Mapa A
Prioridad 4
Suavizar 2
Flujo B
5 pps
8.8
8.8 cm/s
V tibial post
11 cm
P 100%
ITT 0.5 ITO 0.5
Cu43


SIEMENS
GRUPO EMPRESARIAL GE- 21
SABOGAL, MARLENY 26_07_2012_12_16_29
12:38:22 Ju 26/07/2012
CH5-2
Venoso
-1 dB
2.7 MHz
610 Hz
Filtro 2
Persist 2
R/V 3
Mapa A
Prioridad 4
Suavizar 2
Flujo B
8.8
8.8 cm/s
V tibial ant
11 cm
P 100%
ITT 0.4 ITO 0.4
Cu14

	INVERSIONES CLINICA DEL META DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS	CODIGO: GC FR: 41 FECHA: 15-09-2011

FECHA 26-07-12 HORA _____ NOMBRE DEL PACIENTE Myleny Subgel.

SERVICIO OSCA CAMA 14 DOCUMENTO: C.C. X T.I ___ R.N. ___ Nº 40370255

FACTURA Nº P- 165878

ITEM	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	FECHA DE VENC.	MOTIVO	OBSERVACIÓN
1	Bicarbonato Sodio	10mEq.	17	2014	4	
2	metilprednisolona	500mg	2	2014	4.	
3	albendazol	200mg	4	2014	4	

Victor L.

FIRMA Y SELLO DE LA JEFE QUE ENTREGA

FIRMA Y SELLO DEL AUXILIAR DE FARMACIA QUE RECIBE

MOTIVOS:

1. RECHAZO DEL PACIENTE
2. PACIENTE NO TOLERA
3. CAMBIO DE LA VIA DE ADMINISTRACIÓN
4. MEDICAMENTO SUSPENDIDO
5. CAMBIO EN LA DOSIS
6. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
7. SALIDA
8. MUERTE
9. MEDICAMENTO INCORRECTO
10. FORMULACIÓN EXCESIVA
11. FECHA DE VENCIMIENTO PROXIMA (CINCO MESES)

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META

DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO: GC
FR: 41
FECHA: 15-09-2011

FECHA Julio 28/14 HORA _____ NOMBRE DEL PACIENTE Yolanda Sabogal

SERVICIO _____ CAMA _____ DOCUMENTO: C.C X T.I ___ R.N. ___ Nº 40370211

FACTURA Nº P165818

ITEM	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	FECHA DE VENC.	MOTIVO	OBSERVACIÓN
	Piracarbato	Amp x 10 mg	12	3/14		
	Hidrazolam	Amp x 5 mg	~~9~~ 12	6/14		Total 90
	Dopamina	Amp x 200 g	9 13	12/12		
	HBPM	Amp x 4 o	3	11/13		
	Nalopreina	Amp x	3	7/14		
	Ranitidina	Amp x 50	2	5/15		
	Tiamina	Amp x 100	7	5/14		
	Noradrenalina	Amp x 4	20	10/13		
	Losapra	Amp x 50	5	10/13	En la Mercere	

Victor S.

FIRMA Y SELLO DE LA JEFE QUE ENTREGA

Yolanda Maria Aux. Farmacia Reg. 4775

FIRMA Y SELLO DEL AUXILIAR DE FARMACIA QUE RECIBE

MOTIVOS:

1. RECHAZO DEL PACIENTE
2. PACIENTE NO TOLERA
3. CAMBIO DE LA VIA DE ADMINISTRACIÓN
4. MEDICAMENTO SUSPENDIDO
5. CAMBIO EN LA DOSIS
6. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
7. SALIDA
8. MUERTE
9. MEDICAMENTO INCORRECTO
10. FORMULACIÓN EXCESIVA
11. FECHA DE VENCIMIENTO PROXIMA (CINCO MESES)

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META

DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS

CODIGO: GC
FR: 41
FECHA: 15-09-2011

FECHA 31. 07 12. HORA _____ NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal.

SERVICIO UCI A CAMA #5 DOCUMENTO: C.C. X T.I ___ R.N. ___ Nº 40772255

FACTURA Nº 165878

ITEM	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	FECHA DE VENC.	MOTIVO	OBSERVACIÓN
*	Meropenen	1mg	8	02-2014	10	
*	Furosemidos Amp	20mg/2mL	80	02-2015	10	
*	Fentanyl Amp.	10mL	9	07-2014	10	
*	Dopamina Amp.	200mg	8	12. 2012	10	
*	Gluconato calcio 10%. 9.3mg/1mL		6	03-2014	10	
*	Vancamicina	500mg	1	11-2014	10	
*	Omeporzol.	40mg	1	Mar-2015	10	
*	Lactato x 1000cc.		10	05-2013	10	
*	Norepinefrina	4mg	24	10-2013	10	
*	Dextrosa 10%	500cc.	9	2013	10	

Enfermero Jefe
Oscar Torres Vela
FIRMA Y SELLO DE LA JEFE QUE ENTREGA

FIRMA Y SELLO DEL AUXILIAR DE FARMACIA QUE RECIBE

MOTIVOS:

1. RECHAZO DEL PACIENTE
2. PACIENTE NO TOLERA
3. CAMBIO DE LA VIA DE ADMINISTRACIÓN
4. MEDICAMENTO SUSPENDIDO
5. CAMBIO EN LA DOSIS
6. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
7. SALIDA
8. MUERTE
9. MEDICAMENTO INCORRECTO
10. FORMULACIÓN EXCESIVA
11. FECHA DE VENCIMIENTO PROXIMA (CINCO MESES)

INVERSIONES CLINICA DEL META E.S.E.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

	INVERSIONES CLINICA DEL META DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS	CODIGO: GC FR: 41 FECHA: 15-09-2011

FECHA 01/Agosto HORA _____ NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Salazar

SERVICIO UCA CAMA _____ DOCUMENTO: C.C/X T.I ___ R.N. ___ Nº 40370255

FACTURA Nº P-165-876

ITEM	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	FECHA DE VENC.	MOTIVO	OBSERVACIÓN
	Jeringa x10cc					
	LR x1000	Bx1000	25	6/17		
	DAD 5%	Bx250	21	5/14		Total 3
	DAD 10%	Bx500	1	10/13		
	DAD 5%	Bx500	1	3/14		
	Equipo Transf.	Und	1	3/15		
	Osmolite	LPC x1.5cc	1	4/13		
	SSN x500	Bx100	1	NVD.		
	Equipo Venoct	Und	3	6/17		
	Equipo Total	Und	1	2/15		
	Tegaderm	Und	12	NA		
	Llave 3 Vias	Und	8	6/15		
	Jeringa x20	Und	3/5	9/16 10/17		
	Jeringa y Ice	Und				
	Angiocath #18	Und	2	2/15		
	Angiocath #20	Und	1	7/16		
	Bureta	Und	1	7/15		
	Meropenem	Ampx1g	6	2/14		
	Midazolam	Ampx1mg	23	10/13		24
	Glucosa Cilo	Ampx1g	6	10/13		
	Omeprazol	Ampx40	3	3/15		
	Fentanil	Ampx10	2	7/14		

FIRMA Y SELLO DE LA JEFE QUE ENTREGA

FIRMA Y SELLO DEL AUXILIAR DE FARMACIA QUE RECIBE

MOTIVOS:

1 RECHAZO DEL PACIENTE
2. PACIENTE NO TOLERA
3. CAMBIO DE LA VIA DE ADMINISTRACIÓN
4. MEDICAMENTO SUSPENDIDO
5. CAMBIO EN LA DOSIS
6. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
7. SALIDA
8. MUERTE
9. MEDICAMENTO INCORRECTO
10. FORMULACIÓN EXCESIVA
11. FECHA DE VENCIMIENTO PROXIMA (CINCO MESES)

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

	INVERSIONES CLINICA DEL META DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOS	CODIGO: GC FR: 41 FECHA: 15-09-2011

CHA 01/Agosto HORA _____ NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Soto

ERVICIO UCIN CAMA _____ DOCUMENTO: C.C. X T.I ___ R.N. ___ Nº 40350214

ACTURA Nº P 165816

ITEM	MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	CANTIDAD	FECHA DE VENC.	MOTIVO	OBSERVACIÓN
	Fluconazol	Amp x 20	11	02/15		
	Bolsa tamaño	Amp x 5	2	2/13		
	Electrodo	Und	9	NA		
	ACTH	Tx 6x1	4	10/15		
	Jeringa 2-0	Und	1	9/15		

FIRMA Y SELLO DE LA JEFE QUE ENTREGA

FIRMA Y SELLO DEL AUXILIAR DE FARMACIA QUE RECIBE

MOTIVOS:

1. RECHAZO DEL PACIENTE
2. PACIENTE NO TOLERA
3. CAMBIO DE LA VIA DE ADMINISTRACIÓN
4. MEDICAMENTO SUSPENDIDO
5. CAMBIO EN LA DOSIS
6. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
7. SALIDA
8. MUERTE
9. MEDICAMENTO INCORRECTO
10. FORMULACIÓN EXCESIVA
11. FECHA DE VENCIMIENTO PROXIMA (CINCO MESES)

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Nit:892,000,401-7

Calle 33 # 36 50 6614400 VILLAVICENCIO

*** C O P I A ***

FECHA: Agosto 01 de 2012 FACTURA DE VENTA NUMERO: P165878

CLIENTE :SABOGAL MARLENY- AMAURY PAUTT NIT: 40,370,255

Direccion:CC AMAURY 73073572 TEL: CIUDAD:VILLAVICENCIO

ISS 2004

Observac: COMPL.166047

PACIENTE				CONCEPTO	VALOR	CODIGO	FECHA	EQ. SOAT
SABOGAL	VIGOYA	MARLENY		CONSULTA DE URGENCIAS	13,700	457300		
SABOGAL	VIGOYA	MARLENY	40,370,255	HEMICOLECTOMIA DERECHA	40,597,456	457300	120730	07723
SA	VIGOYA	MARLENY		RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O	123,200			
SABOGAL	VIGOYA	MARLENY		TERAPIA RESPIRATORIA AMBULATOR	176,220	457300		

Pag.01 Total Fact 40,910,576

Saldo neto factura 40,910,576

SON:CUARENTA MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Entregado al Doctor Badoya Nelcy R.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR

RESOLUCION DIAN: 220000058557 15/03/2012 P162320-P200000

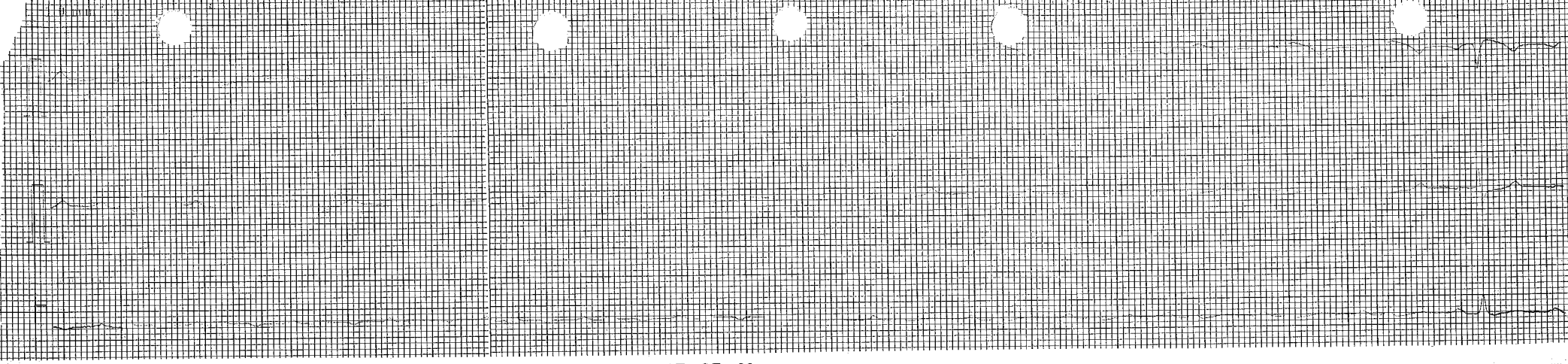
GRAN CONTRIBUYENTE. RESOL.DIAN 014047 DE 23/12/2009.

IVA Regimen comun

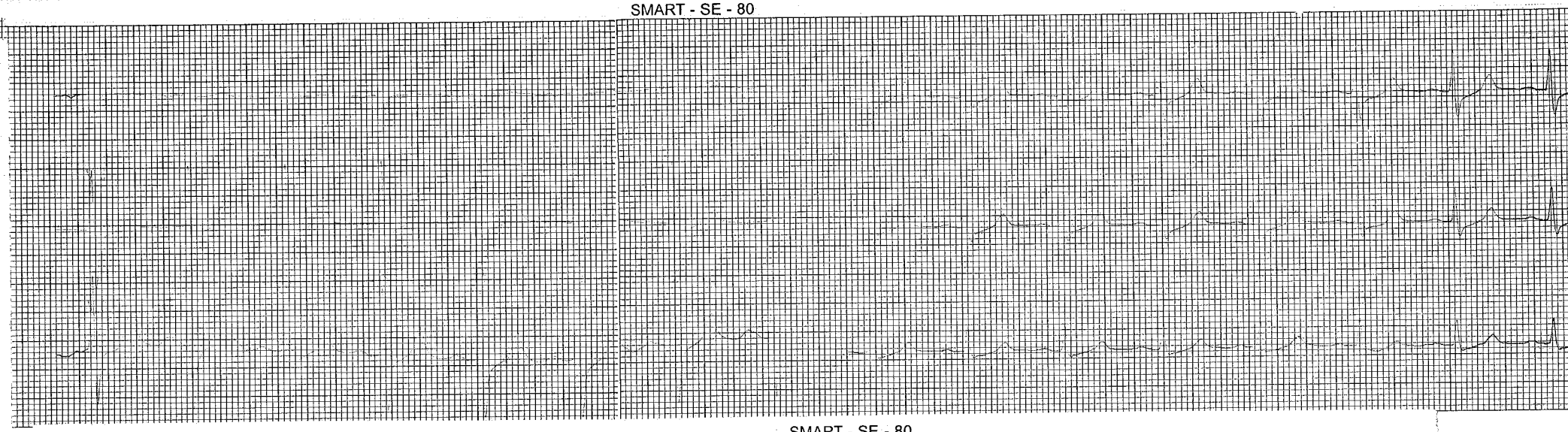
'LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

Anexos : FACTURA Y SOPORTES

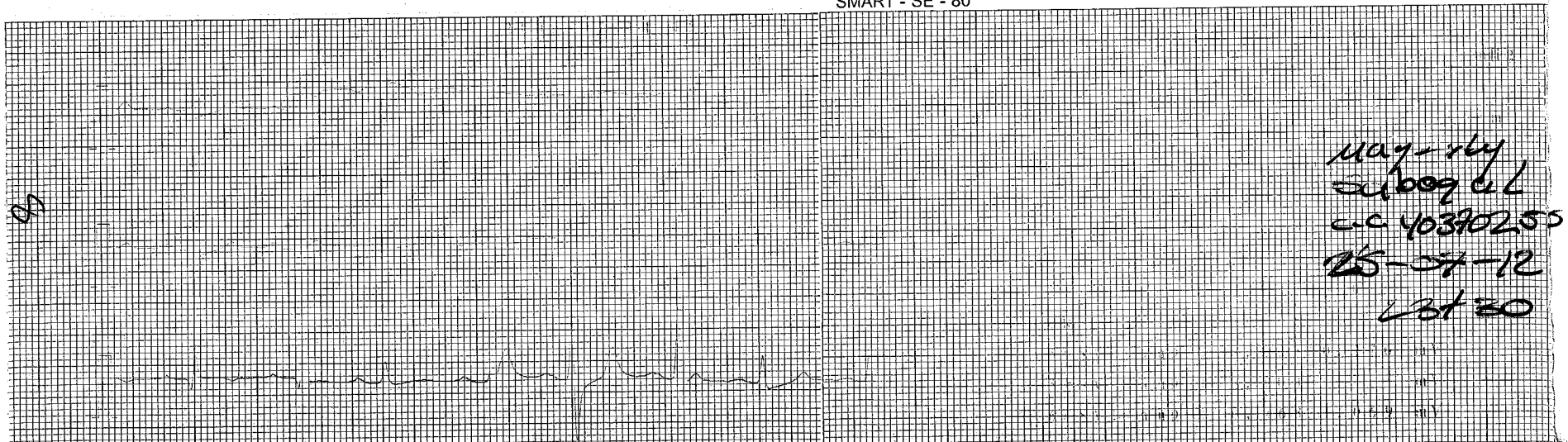
NOHE NIT



SMART - SE - 80



SMART - SE - 80



may - rly
subog d L
c.c. 403202.55
25-07-12
L 31 80

INVERSIONES CLINICA DEL META
REGISTRO DE ANESTESIA

CODIGO: HC
FR: 26
FECHA: 01/08/08

HOSP. ☐
URG ☐
AMB. ☐

1er APELLIDO | 2 Apellido | Nombres

EDAD ☐ SEXO ☐ TALLA ☐ PESO ☐ TEMP ☐ RIESGO ☐

LABORATORIO HB ☐ HTO ☐ GLIC ☐ UREA ☐ CREA ☐ OTROS ☐

PATOLOGIA ASOCIADA
RESPIRATORIA
OTRAS

TERAPIA PREVIA
PREANESTESIA
DIAGNOSTICO
CIRUGIA
OXIGENO

IND

CONVERSIONES

RESPIRACION
PULSO
T.A
INICIO Y FINAL DE CIRUGIA
MASCULINO ♂
NEONAT
FEMENINO ♀
TORNIQUETE
ANESTESIA

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

MANTENIMIENTO

SUEROS	C.C
COLOIDES	C.C
SANGRE	C.C
	TOTAL

POSICION
OBSERVACIONES
CIRUJANOS
TECNICA DE ANESTESIA

ANESTESIOLOGO
MES DIA AÑO
FIRMA

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
REGISTRO DE ANESTESIA

CODIGO: HC
FR: 26
FECHA: 01/08/08

HOSP. ☐
URG ☐
AMB. ☐

1er APELLIDO | 2 Apellido | Nombres

EDAD ☐ SEXO ☐ TALLA ☐ PESO ☐ TEMP ☐ RIESGO ☐

LABORATORIO HB ☐ HTO ☐ GLIC ☐ UREA ☐ CREA ☐ OTROS ☐

PATOLOGIA ASOCIADA
RESPIRATORIA
OTRAS

TERAPIA PREVIA
PREANESTESIA
DIAGNOSTICO
CIRUGIA
OXIGENO

CONVERSIONES
RESPIRACION
PULSO •
T.A X
INICIO Y FINAL DE CIRUGIA
MASCULINO ♂
NEONAT
FEMENINO ♀
TORNIQUETE ANESTESIA

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

IND

MANTENIMIENTO

SUEROS	C.C
COLOIDES	C.C
SANGRE	C.C
TOTAL	

POSICION
TECNICA DE ANESTESIA
OBSERVACIONES
CIRUJANOS

Dr. Jorge L. Contreras Mejía Anestesiólogo 15885387

ESTESIOLOGO
MES DIA AÑO
FIRMA

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

224

INVERSIONES CLINICA DEL META
REGISTRO DE ANESTESIA

CODIGO: HC
FR: 26
FECHA: 01/08/08

HOSP. ☐
URG ☐
AMB. ☐

Jabogal — 1er APELLIDO
2 Apellido
Marlen — Nombres

EDAD 50 SEXO ♀ TALLA ☐ PESO ☐ TEMP ☐ RIESGO ☐ ASA II U.

LABORATORIO HB ☐ HTO ☐ GLIC ☐ UREA ☐ CREA ☐ OTROS ☐

PATOLOGIA ASOCIADA
RESPIRATORIA
OTRAS

Pte 50 años. Procedente de UCI. EU Asistida. Convalesciente Grave. POP 24 hs Liposucción + Lipectomia. Anemica - Hipovolemica bajo Sedacion cae, soporte INOtrópico (adrem. Vasopres. Dopam.) + Soporte Ventilatorio se explica a la familia pronostico reservado acepta CX explicada x Cx Plast. y Gral.

TERAPIA PREVIA
PREANESTESIA
DIAGNOSTICO
CIRUGIA Laparotomia Exploratoria. - Drenaje y Toma Hemat.

OXIGENO O2, Aire
SEV. 0,5

IND
1) Midazolam 4 mg.
2) Fent. 100 µg
3) Vecuro. 4 mg
4) Efedrina

CONVERSIONES
RESPIRACION
PULSO •
T.A X
INICIO Y FINAL DE CIRUGIA
MASCULINO ♂
NEONAT
FEMENINO ♀
TORNIQUETE
ANESTESIA

MANTENIMIENTO

SUEROS L. Ring. 1.000.
COLOIDES Infucol 500 cc
SANGRE (A) I VCRE 300 cc + Diuresis

C.C
C.C
C.C
TOTAL

POSICION DD. Glucometria 97.
TECNICA DE ANESTESIA Geral-Bal.
OBSERVACIONES Cargo Hemoderivados. 2000 cc.
CIRUJANOS

MES 07 DIA 26 AÑO 17

ANESTESIOLOGO
FIRMA

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

220

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 26.07.12.

1º APELLIDO Sabogal. 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny.

Nº DE AFILIACION CC EDAD 56 SEXO M FX - SERVICIO UCI A. CAMA 14.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Glóbulos Rojos GRUPO A Negativo DIAGNOSTICO Poplipectomia.

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Rosa. PERSONA QUE REALIZA _____

LA PRUEBA CRUZADA SI, LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Buena.

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1.	586061	27.07.12	1:50 PM	3:50 PM	T/A	112/77	104/60	120/50	130/60		
					TEMP	36.	36	36	36		
					FC	96	91	99	99		
					DIURESIS	+	+	+	+		
2.	1032450	27.07.12	3:50 PM.		T/A	111/90	120/80	110/70	135/61		
					TEMP	36.	36	36.	36		
					FC	133	126	110.	98		
					DIURESIS	-					
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 26-07-12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Malena

Nº DE AFILIACION 40370[illegible] EDAD 80 SEXO M F✓ SERVICIO UCI CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO _____ DIAGNOSTICO Shock hipovolemico

BACTERIOLOGA QUE REALIZA _____ PERSONA QUE REALIZA Cesar Rivera

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI ✓] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1046535	594298	06-07-13	23.40	24.00	T/A	134/75		128/72			
					TEMP	36.5		36.5			
					FC	122		123			
					DIURESIS	←1		←1			
1046536	594099	05-07-13	23.00	24.20	T/A	125/80		127/63			
					TEMP	36.6		36.5			
					FC	123		124			
					DIURESIS	←1		←1			
1046537	594416	06-07-13	24.40	01.00	T/A	132/80		133/75			
					TEMP	36.5		36.6			
					FC	120		115			
					DIURESIS	←		←1			

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 600 | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION: oliguria

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 26. 12 No. 26113

NOMBRE DEL PACIENTE Harleny Sabogal V.

Habitación UCI A 14 C.C. 40370215

Grupo Paciente A POS Grupo Unidad A Neo

Componente GR No. Bolsa 586061

Sello de Calidad 1033581 Piloto TDC 95981 99

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 26 12 No. 26113

NOMBRE DEL PACIENTE Harleny Sabogal V.

Habitación UCI A 14 C.C. 40370215

Grupo Paciente A POS Grupo Unidad A Neg

Componente GR No. Bolsa 585823

Sello de Calidad 1032450 Piloto TDC 91583426

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26 Jul 2012 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal V.

Habitación Cx C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PFC No. Bolsa 594416

Sello de Calidad 1046537 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26-Jul-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal V.

Habitación Cx C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PFC No. Bolsa 594099

Sello de Calidad 1046536 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26 Jul. 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal V.

Habitación Cx C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PFC No. Bolsa 594298

Sello de Calidad 1046535 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 26-07-2012

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 30 SEXO M FX SERVICIO UCI A CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR plasma GRUPO A+ pos DIAGNOSTICO POP Espectomia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Andrea. PERSONA QUE REALIZA Jhon Dora

LA PRUEBA CRUZADA Compatible. LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno.

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] ✓ [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
A 10-7-2012	590837	27-06-12	09:40AM	10:00AM	T/A	136/77		121/82			
					TEMP	35.8		35.8			
					FC	127		137			
					DIURESIS	—		—			
S. 10-7-2012	590837	27-06-2012	10:00am	10:20am.	T/A	109/83		95/60			
					TEMP	35.8		35.8			
					FC	136		129			
					DIURESIS	—		—			
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO ✓

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.330

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

FECHA 26-07-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.251

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 586183

Sello de Calidad 10336 72 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Andrea
Responsable

FECHA 26-07-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.251

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 590803

Sello de Calidad 104201L Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Andrea
Responsable

INVERSIONES CLINICA DEL META
CONTROL DE TRANSFUSION

CODIGO: HC
FR: 18
FECHA: 09/06/2010

A 26-JU/10-2012 SERVICIO Cx. CAMA UCI A #14.
º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Vigoya NOMBRES Harleny
º DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 AÑOS SEXO M ___ F X
RODUCTO A TRANSFUNDIR Globulos Rojos GRUPO A (-) DIAGNOSTICO Laparotomia exploratoria.
ACTERIOLOGA QUE REALIZA Olga Quesada PERSONA QUE REALIZA ___
A PRUEBA CRUZADA ___ LA TRANSFUSION ___
NSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal.
IGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ___
ARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Amarillo Ambar.
UBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DE LOS ROTULOS CON LOS DEL PACIENTE

UN...D	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15'	30'	60'	90'	2 HORAS POS TRANSF
1.	588702	03-08-12.	20:40		T/A	104/63	126/77	130/80	120/70		
					TEMP						
					FC	134	131	130	136		
					DIURESIS	20cc	—	—	30cc		
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						
1.					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACTERISTICA DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL	SI	NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

RA: ___ ESTADO DEL COMPONENTE: ___
TIVO DE DEVOLUCION: ___
O DEVUELTO: ___
SERVACION: ___

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS 99

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

FECHA 27-7-12 No. 26175

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A Posit Grupo Unidad A Positivo

Componente GR No. Bolsa 588702

Sello de Calidad 1037017 Piloto TDC9158 4512

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Neg

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Olga Quesada
Responsable

Primera unidad Globulos Rojos
AC-3.
Cx. 26-07-2012.
8:40 PM.

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 26-07-12

1º APELLIDO sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE marleny.

Nº DE AFILIACION 46370255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO CX CAMA _____

PRODUCTO A TRANSFUNDIR plasma GRUPO _____ DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA _____ PERSONA QUE REALIZA Cesar Rivera

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION C

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1646529	594176	05-07-13	01.00	01.20	T/A	125/75		128/72			
					TEMP	36.6		36.2			
					FC	124		125			
					DIURESIS	(+)		(+)			
1030197	583693	08-06-13	01.20	01.40	T/A	132/69		130/72			
					TEMP	36.7		36.9			
					FC	122		121			
					DIURESIS	(+)		(+)			
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

TIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 26 Jul 12 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal Vargas

Habitación CX C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A Neg.

Componente PFC No. Bolsa 583693

Sello de Calidad 103097 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

FECHA 26 Jul 2012 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal V.

Habitación Cx C.C. 40 370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A(+)

Componente PFC No. Bolsa 594176

Sello de Calidad 1046529 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27-07-12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 a SEXO M F SERVICIO UCI A 14 CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR globulos Rojos GRUPO A Rh DIAGNOSTICO Shock Hipovolemico

BACTERIOLOGA QUE REALIZA _____ PERSONA QUE REALIZA Cesar Ruiz

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1053738	588563	02-08-12	11:00 pm	12:00 pm	T/A	135/72		132/65	128/62		
					TEMP	36.0		35.5	35.5		
					FC	124		123	115		
					DIURESIS	(+)		(-)	(-)		
1033580	586064	2-07-12	10:00 pm	11:00 pm	T/A	134/75		134/67	132/68		
					TEMP	36.0		35.2	35.0		
					FC	123		115	123		
					DIURESIS	(-)		(+)	(+)		
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

'OTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 26-Julio/12 No. 26175

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente APositivo Grupo Unidad A Neg

Componente GR No. Bolsa 586064

Sello de Calidad 1033580 Piloto TDC9159 3112

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Neg

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-7-12 No. 26175

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal.

Habitación UCI A. C.C. 40370255

Grupo Paciente APositivo Grupo Unidad APositivo

Componente GR No. Bolsa 588563

Sello de Calidad 1037358 Piloto TDC9161765 1

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Neg

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Bigoya NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI. CAMA 5.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO AT DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha PERSONA QUE REALIZA Wilson

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
7.	597074	01/08/12	19:25	19:25	T/A	150/80					
					TEMP	38º					
					FC	119					
					DIURESIS	—					
8.	597795	01/08/12	19:25	19:25	T/A	150/80					
					TEMP	38º					
					FC	116					
					DIURESIS	—					
9.	597315	01/08/12	19:25	19:25	T/A	150/80					
					TEMP	38º					
					FC	119					
					DIURESIS	—					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Maryeny Sabogal.

Habitación UCI A C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ. No. Bolsa 597074.

Sello de Calidad 105283 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

maith.
Responsable

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Maryeny Sabogal.

Habitación UCI A C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ. No. Bolsa 597795

Sello de Calidad 1051569 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

maith.
Responsable

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Maryeny Sabogal.

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ. No. Bolsa 597325

Sello de Calidad 1051580 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

maith.
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Bigoya NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI. CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO AT DIAGNOSTICO Fallo Ventilat.

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha PERSONA QUE REALIZA Wilder

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
13	597346	01/08/12	19:35	19:35	T/A	132/72					
					TEMP	39					
					FC	116					
					DIURESIS	-					
14	597301	01/08/12	19:35	19:35	T/A	132/72					
					TEMP	39					
					FC	116					
					DIURESIS	-					
15.	597786	01/08/12	19:35	19:35	T/A	132/72					
					TEMP	39					
					FC	116					
					DIURESIS	-					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mayerly Saboga1

Habitación 621 A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plaq No. Bolsa 597346

Sello de Calidad 1051568 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

mjthz
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mayerly Saboga1

Habitación UCI A C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plaq No. Bolsa 597301

Sello de Calidad 1051573 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

mjthz
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mayerly Saboga1

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A Positivo Grupo Unidad A (Positivo)

Componente Plaq No. Bolsa 597286

Sello de Calidad 1051577 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

mjthz
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 30.7.12

1º APELLIDO Saboyal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Maileny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M A SERVICIO UCI CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO O- DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Lucia PERSONA QUE REALIZA Glordan

LA PRUEBA CRUZADA — LA TRANSFUSION OK

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD OK

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Normal

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Oliguria

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	196239	12.7.13	10:00	10:30	T/A	116/68					
					TEMP	38.1					
					FC	119					
					DIURESIS	+					
2	196[illegible]	13.7.13	10:00	10:30	T/A	116/66					
					TEMP	39					
					FC	116					
					DIURESIS	+					
3	196[illegible]	13.7.13	10:00	10:30	T/A	107/68					
					TEMP	38					
					FC	119					
					DIURESIS	+					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 30/12 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Norleny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A Neg

Componente PFC. No. Bolsa 596550

Sello de Calidad 1050328 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30/12 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Norleny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A Posit Grupo Unidad A Neg

Componente PFC. No. Bolsa 596565

Sello de Calidad 1050441 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30/12. No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Norleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente APost Grupo Unidad A Neg

Componente PFC. No. Bolsa 596239.

Sello de Calidad 1049680 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 30 7.12

1º APELLIDO Sobogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F SERVICIO UCI CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR plasma GRUPO A+ DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Arcelia PERSONA QUE REALIZA Alguna

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION ok

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD ok

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ok

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION glocosa

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1/	196037	23.07.13	10:00	10:37	T/A	119.71					
					TEMP	39					
					FC	110					
					DIURESIS	-					
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 30/12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Narleny Saboga I.

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A Neg

Componente PFC. No. Bolsa 396037

Sello de Calidad 1049700 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 25/07/12

1º APELLIDO Saboyal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40330255 EDAD _____ SEXO M F X SERVICIO UCIA CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Sangre GRUPO A+ DIAGNOSTICO POP Lipectomia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Andrea PERSONA QUE REALIZA Sandra P

LA PRUEBA CRUZADA compatible LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION normal

HUBO TRANSFUSION [SI X] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1º 586710	1034934	31/07/12	02:40	03:30	T/A	70/40	96/56	97/49	96/52		
					TEMP	34°	34.2	36	36.6		
					FC	112	103	1117	112		
					DIURESIS	+	+	+	+		
2º 588336	1030232	02/08/12	03:35	04:30	T/A	96/48	83/56	85/65	82/64		
					TEMP	353	68	36.0	35.6		
					FC	116	112	117	112		
					DIURESIS	+	+	+	+		
586891	1084757	31-07-12	04:30		T/A	85/68	93/58		82/[illegible]		
					TEMP	36.6	356		36.0		
					FC	115	124		123		
					DIURESIS	+	+		+		

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.330

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 26-07-12 No. 26015

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR No. Bolsa 586910

Sello de Calidad 1034934 Piloto TCC98741629

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor comp

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II neg

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26-07-12 No. 26015

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR No. Bolsa 588336

Sello de Calidad 1030232 Piloto TDC91J9474

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26-07-12 No. 26015

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR No. Bolsa 586891

Sello de Calidad 1034259 Piloto TDC91J586J64

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Comp

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

INVERSIONES CLINICA DEL META

CONTROL DE TRANSFUSION

CODIGO: HC
FR: 18
FECHA: 09/06/2010

ECHA 30-VII-12 SERVICIO CX CAMA UCIS

º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO NOMBRES Marleny

Iº DE AFILIACION 40370.255 EDAD 50años SEXO M F X

RODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO A(+) DIAGNOSTICO Sepsis pared Abdominal

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Patricia Roa. PERSONA QUE REALIZA Lic M. Saracipa

A PRUEBA CRUZADA compatible LA TRANSFUSION Plasma

NSPECCION FISICA DE LA UNIDAD En buen estado

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION (-)

HUBO TRANSFUSION [SI X] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DE LOS ROTULOS CON LOS DEL PACIENTE

UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15'	30'	60'	90'	2 HORAS POS TRANSF
1	547423	28-VII-12	16:15	16:45	T/A	126/115	116/91				
					TEMP	35.6	35.6				
					FC	107	108				
					DIURESIS	(+)	(+)				
2	547481	28-VII-12	16:45	17:00	T/A	108/64	74/46				
					TEMP	35.4	35.4				
					FC	110	114.				
					DIURESIS	(+)					
					T/A	74/46					
					TEMP	35.4					
					FC	114.					
					DIURESIS						

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACTERISTICA DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL	SI	NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: ESTADO DEL COMPONENTE:

M' 'VO DE DEVOLUCION:

EQUIPO DEVUELTO:

OBSERVACION:

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

107

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

FECHA julio 30 · 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marlenny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente APOS Grupo Unidad APOS.

Componente PFC No. Bolsa 597423

Sello de Calidad 1052160 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

30 - VII - 12

Lic M. Soracipa

521230.768

FECHA julio 30/12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marlenny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente APO Grupo Unidad APOS

Componente PFC No. Bolsa 597481

Sello de Calidad 1052185 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Bigoya NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50' SEXO M F X SERVICIO UCI CAMA 5.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO A+ DIAGNOSTICO Falla Ventilatorio

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha PERSONA QUE REALIZA Wilmer

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
10	597737	01/08/12	19+35	19+35	T/A	142/80					
					TEMP	359					
					FC	118					
					DIURESIS	-					
11	597754	01/08/12	19+35	19+35	T/A	142/90					
					TEMP	359					
					FC	119					
					DIURESIS	-					
12	597148	01/08/12	19+35	19+35	T/A	142/80					
					TEMP	359					
					FC	118					
					DIURESIS	-					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mayerly Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ No. Bolsa 597277

Sello de Calidad 1051347 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

mitha.
Responsable

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mayerly Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ No. Bolsa 597257

Sello de Calidad 1051547 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

mitha.
Responsable

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mayerly Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ No. Bolsa 597148

Sello de Calidad 1051571 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

mitha.
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Saboyal. 2º APELLIDO Bigoya. NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI. CAMA 5.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO A+ DIAGNOSTICO Falla V.

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha PERSONA QUE REALIZA Wilmer

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
16	597106	01/08/12	19h40	19h40	T/A	150/77					
					TEMP	36					
					FC	120					
					DIURESIS	-					
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE [illegible] 526921.

Habitación UCI C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+). Grupo Unidad A(+)

Componente PLQ No. Bolsa 597106

Sello de Calidad 1051289. Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

[illegible]
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 30.7.12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Mariana.

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M X SERVICIO UCI A. CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR GRE GRUPO A+ DIAGNOSTICO Shock hipovolemico

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Mariana PERSONA QUE REALIZA Bryan.

LA PRUEBA CRUZADA Compatible LA TRANSFUSION OA.

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD OA.

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Normales

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION OA.

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	1/6826	03.09.12	09:00	10:00	T/A	101.65	121/69	119.70	118:71		
					TEMP	38.1	38.1	38.1	38		
					FC	118	116	119	116		
					DIURESIS	+	+	+	+		
2	197310	28.08.12	10:00	10:30	T/A	118.60					
					TEMP	38					
					FC	115					
					DIURESIS	+					
3	197701	03.09.12	10:30	10:30	T/A	119 69					
					TEMP	38					
					FC	117					
					DIURESIS	+					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

111

FECHA 29 Julio 12 No. 29005

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente GRE No. Bolsa 146936

Sello de Calidad #421937 Piloto TDC91580139

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg.

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 29 Julio 12 No. 29005

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(-) Neg.

Componente GRE No. Bolsa 197310

Sello de Calidad 336157 Piloto TDC91597265

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg. Acs. Rastreo II Neg.

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 29-Jul-12 No. 29005

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(-) Neg.

Componente GRE No. Bolsa 197701

Sello de Calidad 336539 Piloto TDC91787732.

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg. Acs. Rastreo II Neg.

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 30.7.12

1º APELLIDO Sosa 2º APELLIDO _____ NOMBRE Mariano

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M X SERVICIO UCI CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR GR GRUPO A+ DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Rosario PERSONA QUE REALIZA Yolanda

LA PRUEBA CRUZADA Compatible LA TRANSFUSION OK

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD OK

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Normales

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Oliguria

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	1461463	23.8.12	11:00	11:30	T/A	169/79		170/65			
					TEMP	38		39			
					FC	116		117			
					DIURESIS	+		+			
2	1763863	23.08.12	11:00	11:30	T/A	170/69		150/90			
					TEMP	38		38			
					FC	116		119			
					DIURESIS	+		+			
3	1166171	23.08.12	11:30	12:00	T/A	175/82		170/90			
					TEMP	38		38			
					FC	116		116			
					DIURESIS	+		+			

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30/12 No. 30046
NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal U.
Habitación UCI A C.C. 40370255
Grupo Paciente A Posit Grupo Unidad A Pos
Componente GR No. Bolsa 146493
Sello de Calidad 419178 Piloto TCC98943966
Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Neg
Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg
Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30/12 No. 30046
NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal
Habitación UCI A C.C. 40370255
Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+).
Componente GR No. Bolsa 146651
Sello de Calidad 420032 Piloto TCC98954686
Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Neg
Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg
Olga Quesada
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30/12 No. 30046
NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal
Habitación UCI A C.C. 40370255
Grupo Paciente A Pos Grupo Unidad A Pos
Componente GR No. Bolsa 176866
Sello de Calidad 420019 Piloto TDC91585048
Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Neg
Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg
Olga Quesada
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio. 30/2

1º APELLIDO Sabogal. 2º APELLIDO Bigoya. NOMBRE Maleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma. GRUPO _____ DIAGNOSTICO Falla Ventilatoria

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Rog PERSONA QUE REALIZA Wilson

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
7	245040.	22/05/13	20:30	20:40	T/A	152/80					
					TEMP	35º.					
					FC	121					
					DIURESIS	—					
00:	245038	23/05/13	20:40	20:50	T/A	149/66					
					TEMP	35º					
					FC	122					
					DIURESIS	—					
					T/A	158.					
					TEMP	35º					
					FC	120					
					DIURESIS	—					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA julio 30.12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación CX C.C. 40370255

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente PFC No. Bolsa 245041

Sello de Calidad 410931 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 30.12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación CX C.C. 40-370255

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APOS

Componente PFC No. Bolsa 597424

Sello de Calidad 105282 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 30.12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación CX C.C. 40.370255

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente PFC No. Bolsa 145322

Sello de Calidad 411010 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Bigoya NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M ( ) F (X) SERVICIO UCI CAMA 5-

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma. GRUPO _____ DIAGNOSTICO Falla Ventilatoria

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Bog. PERSONA QUE REALIZA Wilmer R

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	597269	27/07/13	19:30	19:40	T/A	140/72					
					TEMP	35 9					
					FC	112					
					DIURESIS	+					
2	597514	28/07/13	19:40	19:50	T/A	152/80					
					TEMP	359					
					FC	118					
					DIURESIS	—					
3.	597511	29/07/13	19:50	20:00	T/A	146/66					
					TEMP	35 9.					
					FC	120					
					DIURESIS	—					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 30-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Saboya

Habitación CX C.C. 40370253

Grupo Paciente APS Grupo Unidad APS

Componente PFC No. Bolsa 597287

Sello de Calidad 1051644 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Saboya

Habitación CX C.C. 40370253

Grupo Paciente APS Grupo Unidad APS

Componente PFC No. Bolsa 597334

Sello de Calidad 1052183 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Saboya

Habitación CX C.C. 40370253

Grupo Paciente APS Grupo Unidad APS

Componente PFC No. Bolsa 597331

Sello de Calidad 1052163 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Sabogal. 2º APELLIDO Bigoya. NOMBRE Norteny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50. SEXO M F X SERVICIO UCI CAMA 5.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO _____ DIAGNOSTICO Falla Ventilatoria.

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Rosa PERSONA QUE REALIZA Unidos

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
4	245041	22/05/13	20h00	20h10	T/A	132/66					
					TEMP	35º					
					FC	120					
					DIURESIS	–					
5	597424	28/03/13	20h10	20h20	T/A	156/92					
					TEMP	35º					
					FC	121					
					DIURESIS	–					
6	145322	22/05/13	20h20	20h30	T/A	154/80					
					TEMP	35º					
					FC	119					
					DIURESIS	–					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2017 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Mileny Salcedo

Habitación UCIA C.C. 40 370 955

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad CA

Componente PFC No. Bolsa 245040

Sello de Calidad 410930 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

FECHA Julio 30-17 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Yuleny Sabogal

Habitación CX C.C. 40 370255

Grupo Paciente A+D Grupo Unidad APM

Componente PFC No. Bolsa 245078

Sello de Calidad 411130 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Bigoya. NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI. CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas. GRUPO A+. DIAGNOSTICO Falla Ventilatoria.

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha. PERSONA QUE REALIZA Wmm.

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	591252	01/08/12	19:20	19:20	T/A	138/68					
					TEMP	35º					
					FC	119					
					DIURESIS	—					
2	597120	01/08/12	19:20	19:20	T/A	138/68					
					TEMP	35º					
					FC	118					
					DIURESIS	—					
3.	593377	01/08/12	19:20	19:20	T/A	138/68					
					TEMP	35º					
					FC	118.					
					DIURESIS	—					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Maydelin Szbogel.

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plaq. No. Bolsa 597252

Sello de Calidad 1051301 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Maydelin Szbogel.

Habitación UCI C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plaq. No. Bolsa 597120

Sello de Calidad 1051292. Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Maydelin Szbogel.

Habitación UCI C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+).

Componente Plaq. No. Bolsa 597327

Sello de Calidad 1051302. Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Julio 30/12

1º APELLIDO Saboyal 2º APELLIDO Bigoya NOMBRE Mauricio

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI. CAMA 5.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO A+ DIAGNOSTICO Falla V

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha PERSONA QUE REALIZA Wilson

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
4	597130	01/08/12	19+25	19+25	T/A	142/70					
					TEMP	35º					
					FC	116					
					DIURESIS	—					
5	597315	01/08/12	19+25	19+25	T/A	142/70					
					TEMP	35º					
					FC	116					
					DIURESIS	—					
6	597075	01/08/12	19+25	19+25	T/A	142/70					
					TEMP	35º					
					FC	116					
					DIURESIS	—					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Martini Szbogel

Habitación UCI A. C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plq. No. Bolsa 597170

Sello de Calidad 1051343 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

maitha.
Responsable

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Martini Szbogel

Habitación UCI A. C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plq. No. Bolsa 597215

Sello de Calidad 1051340 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

maitha.
Responsable

FECHA 30-07-2012 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Martini Szbogel

Habitación UCI A. C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Plq. No. Bolsa 597075

Sello de Calidad 1051285 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

maitha.
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 30-07-2012

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO CX NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI A CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR GRE GRUPO A+ pos DIAGNOSTICO Sobre hyperglem

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Reg. PERSONA QUE REALIZA

LA PRUEBA CRUZADA compatible LA TRANSFUSION

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1 420039	146658	23-08-2012	17:30pm	18:00pm	T/A	133/85		149/82			
					TEMP	38.9		38.9			
					FC	100		108			
					DIURESIS	+		(+)			
2. 419984	246998	23.08.2012	18:00pm	18:20pm.	T/A	72/53		69/50			
					TEMP	35.7		35.7			
					FC	99		93			
					DIURESIS	+		-			
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO

CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: ESTADO DEL COMPONENTE:

MOTIVO DE DEVOLUCION:

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION:

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 30.12 No. 30144

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación CX C.C. 40370255

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente GR No. Bolsa 246998

Sello de Calidad 419984 Piloto TDC 592390

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible 209

Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 30.12 No. 30144

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación CX C.C. 40370255

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente GR No. Bolsa 146658

Sello de Calidad 420039 Piloto TCC 98945905

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible 209

Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 29-07-2012

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M F ✓ SERVICIO UCI ADULTO CAMA cama #5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Concentrado GRUPO A+ DIAGNOSTICO POP linfoma

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martinez PERSONA QUE REALIZA Katerine

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION DI

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION hematurica

HUBO TRANSFUSION [SI] ✓ [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº NIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
4	594032	05-07-13	2140am	2144am	T/A	155/89					
					TEMP	35.5					
					FC	123					
					DIURESIS	+					
5	594245	05-07-13	2140am	2144am	T/A	155/89					
					TEMP	35.5					
					FC	124					
					DIURESIS	+					
6	594618	06-07-13	2140am	2144am	T/A	156/89					
					TEMP	35,5					
					FC	126					
					DIURESIS	+					

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 29 Julio 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Crio No. Bolsa 594072

Sello de Calidad 1046684 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 29 Julio 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Crio No. Bolsa 594245

Sello de Calidad 1046669 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 29 Julio 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad A(+)

Componente Crio No. Bolsa 594618

Sello de Calidad 1046658 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 29-07-2012

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40390255 EDAD 30 SEXO M ✓ SERVICIO UCI ADULTO CAMA # 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR CRIOPRECIPITADO GRUPO A+ DIAGNOSTICO POP Lipectomia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martinez PERSONA QUE REALIZA Paterne

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD _____

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Si

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION hematuria

HUBO TRANSFUSION [SI ✓] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº NIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	577888	20-05-13	2:35am	2:40am	T/A	153/89					
					TEMP	35,6					
					FC	121					
					DIURESIS	+					
2	586885	19-06-13	2:35am	2:40am	T/A	156/90					
					TEMP	35,5					
					FC	122					
					DIURESIS	+					
3	593763	04-07-13	2:35am	2:40am	T/A	158/90					
					TEMP	35,5					
					FC	121					
					DIURESIS	+					

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL	SI	NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 29 Julio 2012 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente Crio No. Bolsa 577858

Sello de Calidad 1019576 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

FECHA 29 Julio 2012 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente Crio No. Bolsa 586835

Sello de Calidad 1035924 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

FECHA 29 Julio 12 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCI A C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente Crio No. Bolsa 593763

Sello de Calidad 1045339 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 29 07 12

1º APELLIDO Sosa P 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marina

Nº DE AFILIACION _____ EDAD 50 SEXO M F SERVICIO UCI CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR plaquetas GRUPO A+ B+ DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martha PERSONA QUE REALIZA Richard

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION OK

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD OK

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION amarillo

HUBO TRANSFUSION [X] SI [ ] NO

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	177217	31.7.12	02.00	02.15	T/A	146.60					
					TEMP	34.5					
					FC	121					
					DIURESIS	+					
2	147033	31.7.12	02.00	02.15	T/A	139 79					
					TEMP	34.0					
					FC	109					
					DIURESIS	+					
3	596506	31.7.2012	02.00	02.15	T/A	151.69					
					TEMP	35.1					
					FC	116					
					DIURESIS	+					

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

QUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 29 Julio 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad B(+)

Componente Plaq No. Bolsa 147036

Sello de Calidad 422795 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor — X

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 29 Julio 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad B(+)

Componente Plaq. No. Bolsa 197257

Sello de Calidad 422836 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 29 Julio 12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A(+) Grupo Unidad B(+)

Componente Plaq No. Bolsa 147040

Sello de Calidad 422799 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

JMartinez
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 29/07/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO Mateus NOMBRE Marleg.

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M X SERVICIO UCI-A CAMA #5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR plaquetos GRUPO A (+) DIAGNOSTICO —

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Dra Martinez PERSONA QUE REALIZA Rocio

LA PRUEBA CRUZADA Si LA TRANSFUSION O.K.

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Si

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Normal

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION —

HUBO TRANSFUSION [SI X] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº IDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
4	596806	31-07-12	02-45 Am	02-50 Am	T/A	150/80					
					TEMP	35					
					FC	127					
					DIURESIS	+					
5	596949	31-07-12	02-50 Am	02-3 Am.	T/A	140/78					
					TEMP	35					
					FC	118					
					DIURESIS	—					
					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: ESTADO DEL COMPONENTE:

OTIVO DE DEVOLUCION:

EQUIPO DEVUELTO

BSERVACION:

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 29 Julio 12 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40390255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente Plaq. No. Bolsa 596806

Sello de Calidad 1050790 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

4

Responsable

FECHA 29 Julio 12 No. ———

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40390255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente Plaq. No. Bolsa 596749

Sello de Calidad 1050772 Piloto ———

Prueba Inversa ——— Prueba Cruzada Mayor ———

Acs. Rastreo I ——— Acs. Rastreo II ———

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 29/07/12

1º APELLIDO Saboga1 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40375259 EDAD 50 SEXO M X SERVICIO UCIA CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO A (+) DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martinez PERSONA QUE REALIZA _____

LA PRUEBA CRUZADA Martinez LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Normales.

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Normales.

HUBO TRANSFUSION [SI X] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº IDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
4	596822	26/09/13	5. Am	5T15Am	T/A	11/90					
					TEMP	36					
					FC	130					
					DIURESIS	+					
5	596821	26-09-13	5T13Am	5T25 Am	T/A	150/70					
					TEMP	358					
					FC	120					
					DIURESIS	—					
6	596911	26/09/13	5T15Am	5T30 Am.	T/A	1·					
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

LUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL	SI	NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

BSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

4

FECHA 29-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Mailery Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente PFC No. Bolsa 596822

Sello de Calidad 1050971 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

5

FECHA 29-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Mailery Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente PFC No. Bolsa 596871

Sello de Calidad 1051035 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

6

FECHA 29-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Mailery Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente PFC No. Bolsa 596911

Sello de Calidad 1050974 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 28-07-12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M (F) SERVICIO UCA CAMA #14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma Fresco Congelado GRUPO A Positivo DIAGNOSTICO Post Laparotomia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA _____ PERSONA QUE REALIZA _____

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION Sandra Perez

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
#4 411799	245202	25-05-13	18:40	18:50	T/A	190/100		185/95		195/103	
					TEMP	35		34.8		35.6	
					FC	119		109		124	
					DIURESIS	+		+		+	
#5 412170	175599	27-05-13	18:50	19:00	T/A	174/96		188/94		190/99	
					TEMP	35.6		35		35.8	
					FC	118		120		118	
					DIURESIS	+		—		+	
#6 410033	244904	17-05-13	19:00	19:10	T/A	185/100		170/89		180/99	
					TEMP	35.4		35		35.3	
					FC	116		121		118	
					DIURESIS	+		—		—	

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 600 cc | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 28-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente PFC No. Bolsa 245202

Sello de Calidad 411799 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Roc
Responsable

FECHA Julio 28-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente PFC. No. Bolsa A5598

Sello de Calidad 412170 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Roc
Responsable

FECHA Julio 28-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente PFC No. Bolsa 244904

Sello de Calidad 410038 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Roc
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 28/07/12

1º APELLIDO Saboyal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCIA CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO ____ DIAGNOSTICO Leucemia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Doly PERSONA QUE REALIZA Sandra P

LA PRUEBA CRUZADA ____ LA TRANSFUSION ____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION (-)

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
247645	422732	31/07/12	15:25	15:30	T/A	145/90					
					TEMP	35					
					FC	99					
					DIURESIS	(-)					
77265	422845	31/07/12	15:35	15:40	T/A	154/80					
					TEMP	35					
					FC	96					
					DIURESIS	(-)					
147039	422798	31/07/12	15:45	15:50	T/A	142/80					
					TEMP	35,1					
					FC	97					
					DIURESIS	(-)					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 150 cc | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 28.12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente Plaquetas No. Bolsa 147039

Sello de Calidad 422798 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 28.12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente Plaquetas No. Bolsa 177267

Sello de Calidad 422845 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA Julio 28.12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente Plaquetas No. Bolsa 247645

Sello de Calidad 422732 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA Marleny Sabogal 28/07/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCIA CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plaquetas GRUPO — DIAGNOSTICO Hipotonia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA RDG PERSONA QUE REALIZA SandraP

LA PRUEBA CRUZADA — LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION (-)

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
177267	422847	31/07/12	15pm	15h05	T/A	145/80					
					TEMP	35					
					FC	106					
					DIURESIS	(-)					
177272	422850	31/07/12	15h0	15h10	T/A	140/90					
					TEMP	353					
					FC	100					
					DIURESIS	(-)					
247641	422728	31/07/12	15h15	15h20	T/A	144/70					
					TEMP	353					
					FC	90					
					DIURESIS	(-)					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 150cc | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA julio 28.12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Harley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.295

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apositivo

Componente plaquetas No. Bolsa 177267

Sello de Calidad 422847 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
finalab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 28.12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Harley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.295

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente plaquetas No. Bolsa 177272

Sello de Calidad 422852 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
finalab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 28.12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Harley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.295

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente plaquetas No. Bolsa 247641

Sello de Calidad 422728 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
finalab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27-VII/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Yurlany

Nº DE AFILIACION 40390255 EDAD 50 A SEXO M F x SERVICIO UCI A CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR GRE GRUPO A+ DIAGNOSTICO Shock hipovolemico

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Andrea PERSONA QUE REALIZA R

LA PRUEBA CRUZADA Andrea LA TRANSFUSION Roban Nieto

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
146683	420226	24-08-2012	20:40	21:30	T/A	142/100		135/73	124/72		
					TEMP	38.6		38.9	38.6		
					FC	105		116	114		
					DIURESIS	(+)		(-)	(-)		
177107	422006	03-09-2012	21:30	22:00	T/A	123/71		125/71	128/73		
					TEMP	38.9		38.8	38		
					FC	113		111	109		
					DIURESIS	(-)		(-)	(-)		
247431	421889	03.09.12	22:20	22:50	T/A	123/73	138/78				
					TEMP	39.1	38.6				
					FC	108	104				
					DIURESIS	(-)	(-)				

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 600a | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION: Anuria

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO X

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 27-07-12 No. 27160.

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR Bolsa 146833

Sello de Calidad 420226 Piloto TDC91586761.

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. 27160.

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR Bolsa 177107

Sello de Calidad 422006 Piloto TCC9896130P.

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor comp

Acs. Rastreo I neg Acs. Rastreo II neg

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. 27160.

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR Bolsa 247431

Sello de Calidad 421889 Piloto TDC91592687

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27.07.12.

1º APELLIDO Sabogal. 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40310755 EDAD 50 SEXO M _____ F X SERVICIO UCIA CAMA 14.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Fenotipo Plasma GRUPO A DIAGNOSTICO (-).

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Rad. PERSONA QUE REALIZA Cesar.

LA PRUEBA CRUZADA compatible. LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION (-)

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	562809	31.03.13	10:00	10:30	T/A	124/67					
					TEMP	36°					
					FC	190					
					DIURESIS	(-)					
2	575004	31.03.12	11:00	11:30	T/A	130/70					
					TEMP	36.4					
					FC	130					
					DIURESIS	(-)					
3	562782	36.07.12	11:35	12:00	T/A	120/60					
					TEMP	36.4					
					FC	120					
					DIURESIS	(-)					

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA Julio 27-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Yarleny Saboga

Habitación UCIA C.C. 40 370 257

Grupo Paciente APOS Grupo Unidad APOS

Componente PFC No. Bolsa 562782

Sello de Calidad 993684 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

FECHA Julio 27-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Yarleny Saboga

Habitación UCIA C.C. 40.370.257

Grupo Paciente APOS Grupo Unidad APOS

Componente PFC. No. Bolsa 573004

Sello de Calidad 10/7/12 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

FECHA Julio 27-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Yarleny Saboga

Habitación UCIA C.C. 40.370.257

Grupo Paciente APOS Grupo Unidad APOS

Componente PFC No. Bolsa 562809

Sello de Calidad 993703 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27 VII.12.

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 A SEXO M F SERVICIO UCI A CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR GRE GRUPO A+ DIAGNOSTICO Shock H. pap

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Andrea PERSONA QUE REALIZA Ruben

LA PRUEBA CRUZADA Andrea LA TRANSFUSION Ruben Nieto.

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Anurico

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
177141	422053	03.09.2012	22:55	23:15	T/A	115/65	120/80	140/90			
					TEMP	38.7	38.7	38.6			
					FC	106	103	136			
					DIURESIS	(-)	(-)	(-)			
247449	421876	03092012	2330	23:50	T/A	116/70	120/80				
					TEMP	38.7	38.7				
					FC	134	126				
					DIURESIS	(-)	(-)				
177122	422040	03.09.2012	24.00		T/A	120/70	150/90				
					TEMP	38.6	38.7				
					FC	194	136				
					DIURESIS	(-)	(-)				

LUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 27-07-12 No. 27160.

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.251

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR No. Bolsa 177141

Sello de Calidad 422059 Piloto TCC98962443

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. 27160.

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.251

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR No. Bolsa 247449

Sello de Calidad 421876 Piloto TDC91602239

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compat

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. 27160.

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.251

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente GR No. Bolsa 177122

Sello de Calidad 422040 Piloto TCC98947371

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27 - VII 12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40.370.255 EDAD 50 A SEXO M F X SERVICIO UCIA CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR PFC GRUPO A + DIAGNOSTICO Shock Hipovolemico

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Andrea. PERSONA QUE REALIZA _____

LA PRUEBA CRUZADA Andrea LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Hipotension . Anuria

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Anuria.

HUBO TRANSFUSION [SI ✓] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
135614	4112189	27-05-2013	19:35	19:45	T/A	81/55	88/58				
					TEMP	38.7	38.8				
					FC	97	97				
					DIURESIS	(+)	(+)				
175293	4100052	27-05-2013	19:45	19:55	T/A	90/59	101/61				
					TEMP	38.8	38.8				
					FC	96	96				
					DIURESIS	(-)	(-)				
175650	4112227	27-05-2013	19:55	20:05	T/A	104/65	114/70				
					TEMP	39	39				
					FC	96	97				
					DIURESIS	(-)	(-)				

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 750 cc | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION: Anuria

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO X

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 27-07-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente At Grupo Unidad At

Componente PFC No. Bolsa 175614

Sello de Calidad 412189 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente PFC At Grupo Unidad At

Componente PFC No. Bolsa 175293

Sello de Calidad 410052 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente PFC At Grupo Unidad At

Componente PFC No. Bolsa 175650

Sello de Calidad 411227 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

INVERSIONES CLINICA DEL META
CONTROL DE TRANSFUSION

CODIGO: UCI
FR: 07
FECHA: 08-04-08

FECHA 28-07-12
1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny
Nº DE AFILIACION 40320253 EDAD 50 SEXO M (F) SERVICIO UCIA CAMA # 14
PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma Fresco Congelado GRUPO A Pos. Rh DIAGNOSTICO POP Hipotiroidismo
BACTERIOLOGA QUE REALIZA _____ PERSONA QUE REALIZA _____
LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION Sandra Perez
INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal
SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION _____
CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____
HUBO TRANSFUSION [SI X] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
#1 411201	145397	23-05-13	17:40	18:00	T/A	164/96		174/99		179/102	
					TEMP	35.3		35.4		35.6	
					FC	104		102		103	
					DIURESIS	(-)		(-)		(-)	
#2. 412191	175623	22-05-13	18:00	18:20	T/A	176/100		138/74		119/68	
					TEMP	35.6		35.1		35.4	
					FC	99		91		89	
					DIURESIS	(-)		(-)		(-)	
#3 410034	244892	17-05-13	18:20	18:40	T/A	112/65		189/101		149/89	
					TEMP	34.7		34.8		35	
					FC	89		106		102	
					DIURESIS	(-)		(-)		(+)	

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 600 cc | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____
MOTIVO DE DEVOLUCION: _____
EQUIPO DEVUELTO
OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

FECHA julio 28-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Saboya

Habitación UCI A C.C. 40.370.257

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente PFC No. Bolsa 145397

Sello de Calidad 411201 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

RDC
Responsable

FECHA julio 28-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Saboya

Habitación UCI A C.C. 40.370.257

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente PFC No. Bolsa 177623

Sello de Calidad 412191 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

RDC
Responsable

FECHA julio 28-12 No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE Marley Saboya

Habitación UCI A C.C. 40.370.257

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente PRC No. Bolsa 244892

Sello de Calidad 410034 Piloto _____

Prueba Inversa _____ Prueba Cruzada Mayor _____

Acs. Rastreo I _____ Acs. Rastreo II _____

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

RDC
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 29/07/2012

1º APELLIDO Sobogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Harleny

Nº DE AFILIACION 45370258 EDAD 5 años SEXO M X SERVICIO UCA CAMA 5

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO A − DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Martinez PERSONA QUE REALIZA: _____

LA PRUEBA CRUZADA Martinez LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Normal.

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Normales.

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Normal.

HUBO TRANSFUSION [SI X] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº IDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	597013	25-09-13	4:30 Am	4:40 Am	T/A	137/84/110					
					TEMP	36.3					
					FC	128					
					DIURESIS	+					
2	594306	06-09-13	4:40 Am	4:50 Am	T/A	168/89/119					
					TEMP	36.8					
					FC	130					
					DIURESIS	+					
3	596686	26-09-13	4:50 Am	5:1 Am	T/A	127/80					
					TEMP	36.2					
					FC	127					
					DIURESIS	+					

LUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO

CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

86

1

FECHA 29-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente PFC No. Bolsa 599013

Sello de Calidad 1051059 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

2

FECHA 29-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A (+)

Componente PFC No. Bolsa 594306

Sello de Calidad 1046591 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

3

FECHA 29-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Maileny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente A (+) Grupo Unidad A Neg

Componente PFC No. Bolsa 596686

Sello de Calidad 1050956 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

JMartinez
Responsable

INVERSIONES CLINICA DEL META
CONTROL DE TRANSFUSION

CODIGO: HC
FR: 18
FECHA: 09/06/2010

CHA 30-VII-12 SERVICIO CX CAMA VC 5
APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO NOMBRES Marleny
DE AFILIACION 40370.255 EDAD 50 AÑOS SEXO M F X
RODUCTO A TRANSFUNDIR Globulos Rojos GRUPO A (+) DIAGNOSTICO Sepsis pared Abdominal
ACTERIOLOGA QUE REALIZA Patricia Roa PERSONA QUE REALIZA Luz M. Saracho
A PRUEBA CRUZADA Compatible LA TRANSFUSION Globulos Rojos
ISPECCION FISICA DE LA UNIDAD En buen estado
GNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION
ARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION C-J
UBO TRANSFUSION SI NO

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DE LOS ROTULOS CON LOS DEL PACIENTE

UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15'	30'	60'	90'	2 HORAS POS TRANSF
1	247060	24-08-12	15:40	16:15	T/A	106/69	123/74	226/115			
					TEMP	35.6	35.6	356			
					FC	96	103	107			
					DIURESIS	CLT					
2	246471	23-08-12	16:15	16:50	T/A	220/115	166/91	133/86			
					TEMP	35.6	35.6	356			
					FC	107	101	104			
					DIURESIS						
6					T/A						
					TEMP						
					FC						
					DIURESIS						

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACTERISTICA DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL	SI	NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION SI NO

ORA: ESTADO DEL COMPONENTE:
IVO DE DEVOLUCION:
QUIPO DEVUELTO:
BSERVACION:

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. COPIA CONTROLADA GESTION DE CALIDAD

FECHA julio 30. 12 No. 30144

NOMBRE DEL PACIENTE Yarley Saboga

Habitación CX C.C. 40. 370257

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente GR No. Bolsa 247060

Sello de Calidad 420212 Piloto TCC 98517261

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

30-VII-12

Lic M. Soracipa
52'230 768

FECHA julio 30. 12 No. 30144

NOMBRE DEL PACIENTE Yarley Saboga

Habitación CX C.C. 40370257

Grupo Paciente APD Grupo Unidad APD

Componente GR No. Bolsa 246971

Sello de Calidad 419960 Piloto TDC 91601906

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

30-VII-12

Lic M Soracipa
52'230.768

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27/07/12

1º APELLIDO Saboyd 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCIA CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Sangre. GRUPO A DIAGNOSTICO -

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Dra PERSONA QUE REALIZA Cesar

LA PRUEBA CRUZADA Compatible LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION (-)

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1º 589370	1038394	03/08/12	10:20	10:50	T/A	144/55	110/62				
					TEMP	37.6	37.4				
					FC	137	150				
					DIURESIS	(-)	(-)				
2º 589009	1037516	11 am	03/08/12	11:40	T/A	153/72	131/72				
					TEMP	37.3	37.4				
					FC	149	142				
					DIURESIS	(-)	(-)				
3º 1038405	589306	14 pm	03.05.12	14:30	T/A	160/90	130/60				
					TEMP	37.3	37.2				
					FC	156	140				
					DIURESIS	(-)	(-)				

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA julio 27 · 12 No. 27070

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40 370 255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apo

Componente 6R No. Bolsa V89370

Sello de Calidad 1038394 Piloto TDC 9158 3554

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 27-070 No. 27070

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370 255

Grupo Paciente Apo Grupo Unidad Apo

Componente 6R No. Bolsa SB9007

Sello de Calidad 1037576 Piloto TDC 9159 2298

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 27-12 No. 27105

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40 370 255

Grupo Paciente Apo Grupo Unidad Apos

Componente 6R No. Bolsa V89306

Sello de Calidad 1038405 Piloto TDC 9158 9503

Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible

Acs. Rastreo I Neg Acs. Rastreo II Neg

Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27.07.12.

1º APELLIDO Saboogal. 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny.

Nº DE AFILIACION 1039025 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI A CAMA 14.

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Sangre. GRUPO A (+). DIAGNOSTICO _____

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Ray. PERSONA QUE REALIZA Diana.

LA PRUEBA CRUZADA Compatible LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno.

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION (-)

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1	1038388	27.07.12.	14:00	14:20	T/A	136/80	124/70	130/60			
					TEMP	36¹	36²	35¹			
					FC	86	190	108			
					DIURESIS	(-)	(-)	(-).			
2	1038425	26.08.12	14:30	15:00	T/A	140/70	124/70				
					TEMP	36²	36¹				
					FC	96	130				
					DIURESIS	(-)	(-).				
3	049428	25.08.12	15:20	16:00	T/A	100/60	134				
					TEMP	36¹	70				
					FC	96	130				
					DIURESIS		(-)				

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 27-12 No. 27105
NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal
Habitación UCIA C.C. 40.370255
Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos
Componente GR No. Bolsa V96476
Sello de Calidad 1049928 Piloto TDC 91794031
Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible
Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 27-12 No. 27105
NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal
Habitación UCIA C.C. 40.370255
Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos
Componente GR No. Bolsa V96371
Sello de Calidad 1038388 Piloto TDC 91581570
Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible
Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA julio 27-12 No. 27105
NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal
Habitación UCIA C.C. 40370255
Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos
Componente GR No. Bolsa V89638
Sello de Calidad 1038425 Piloto TDC9159 2224
Prueba Inversa A Prueba Cruzada Mayor Compatible
Acs. Rastreo I Ney Acs. Rastreo II Ney
Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 27/07/12

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40330255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI CAMA 115

PRODUCTO A TRANSFUNDIR Plasma GRUPO — DIAGNOSTICO POP Liposectomia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Dou PERSONA QUE REALIZA Cecil

LA PRUEBA CRUZADA _____ LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION negativo

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1º 585431	1032259	11:40			T/A	122/78					
					TEMP	37.6					
					FC	146					
					DIURESIS	(-)					
2º 586171	1033636	11.40			T/A	110/82					
					TEMP	37.8					
					FC	128					
					DIURESIS	47					
3º 591475	1044952	11.40			T/A	122/72					
					TEMP	38.5					
					FC	128					
					DIURESIS	94					

OLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

FECHA julio 27-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Harleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Apos

Componente PFC No. Bolsa 591477

Sello de Calidad 1041952 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

FECHA julio 27-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Harleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Anes

Componente PFC No. Bolsa 586171

Sello de Calidad 10336 36 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

FECHA julio 27-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Harleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40370255

Grupo Paciente Apos Grupo Unidad Anes

Componente PFC No. Bolsa 585431

Sello de Calidad 1032259 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

Responsable

	INVERSIONES CLINICA DEL META **CONTROL DE TRANSFUSION**	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 22-MAY/12

1º APELLIDO Zabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Morleny

Nº DE AFILIACION 40.370.255 EDAD 50 A SEXO M FA SERVICIO UCIA CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR PFC GRUPO A+ DIAGNOSTICO Shock hipovolemico

BACTERIOLOGA QUE REALIZA Andrea PERSONA QUE REALIZA _____

LA PRUEBA CRUZADA Andrea LA TRANSFUSION _____

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD Manuel

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION Hipotension Anuria

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION Anuria

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
A53112	410388	18-05-2013	20:05	20:15	T/A	121/72	121/73				
					TEMP	38.4	38				
					FC	95	94				
					DIURESIS	(-)	(-)				
244919	410046	21-05-2013	20:15	20:25	T/A	123/74	133/79				
					TEMP	38.3	38				
					FC	94	92				
					DIURESIS	(-)	(-)				
A5774	412141	22-05-2013	20:25	20:35	T/A	131/76	145/93				
					TEMP	38.8	38.6				
					FC	89	93				
					DIURESIS	(-)	(-)				

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO 750 cc | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION: Anuria

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO X

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

FECHA 27-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 175312

Sello de Calidad 410388 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 244919

Sello de Calidad 410046 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 27-07-12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40.370.255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 175774

Sello de Calidad 412141 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

	INVERSIONES CLINICA DEL META CONTROL DE TRANSFUSION	CODIGO: UCI FR: 07 FECHA: 08-04-08

FECHA 26-07-2012

1º APELLIDO Sabogal 2º APELLIDO _____ NOMBRE Marleny

Nº DE AFILIACION 40370255 EDAD 50 SEXO M F X SERVICIO UCI A CAMA 14

PRODUCTO A TRANSFUNDIR plasma GRUPO A+ pos! DIAGNOSTICO POP Lipectomia

BACTERIOLOGA QUE REALIZA andrea PERSONA QUE REALIZA Jhon Dora

LA PRUEBA CRUZADA Compatible. LA TRANSFUSION J

INSPECCION FISICA DE LA UNIDAD normal

SIGNOS OBSERVADOS ANTES DE LA TRANSFUSION ninguno

CARACTERISTICA DE LA ORINA ANTES DE LA TRANSFUSION _____

HUBO TRANSFUSION [SI] [NO]

ANTES DE TRANFUNDIR VERIFIQUE LOS DATOS DEL ROTULOS CON LOS DEL PACIENTES

Nº UNIDAD	B. DE S	FECHA VENCE	HORA INICIO	HORA TERMINO	SIGNOS VITALES	INICIO	15º	30º	60º	90º	20º POS TRANSF
1 1037588	588345	21-06-2012	09:00am	09:15am	T/A	110/88		128/55			
					TEMP	35.3		35.3			
					FC	131		130			
					DIURESIS	+		+			
2 1046531	554294	06-07-2012	09:15am	09:30am	T/A	122/80		126/60			
					TEMP	35.3		35.4			
					FC	130		129			
					DIURESIS	+		(+)			
3 1037575	588347	21.06.2012	09:30am	09:40am	T/A	125/78		134/86			
					TEMP	35.8		36.8			
					FC	126		126			
					DIURESIS	+		—			

VOLUMEN TOTAL TRANSFUNDIDO | CARACT. DE LA ORINA POS-TRNSFUSION:

REACCION TRANSFUSIONAL SI NO

HORA	CARACTERISTICAS	TRATAMIENTO

FAVOR ADHERIR EL SELLO DE CALIDAD DE CADA UNIDAD EN LA ORIGINAL QUE VA LA HISTORIA CLINICA

DEVOLUCION [SI] [NO]

HORA: _____ ESTADO DEL COMPONENTE: _____

MOTIVO DE DEVOLUCION: _____

EQUIPO DEVUELTO

OBSERVACION: _____

DE ACUERDO A NORMAS LEGALES SOLO SE RECIBIRAN FORMAS COMPLETAMENTE DILIGENCIADAS

Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.330

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

FECHA Julio 26/12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40·370·255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 588345

Sello de Calidad 1037588 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26·07·12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40·370·255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 594294

Sello de Calidad 1046539 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

FECHA 26·07·12 No. —

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal

Habitación UCIA C.C. 40·370·255

Grupo Paciente A+ Grupo Unidad A+

Componente PFC No. Bolsa 588347

Sello de Calidad 1037595 Piloto —

Prueba Inversa — Prueba Cruzada Mayor —

Acs. Rastreo I — Acs. Rastreo II —

Andrea
Responsable

LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO
Analab del Llano Ltda.
Nit. 822.001.157-4
Telefax: 6686210 - 6635464

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yarleny Soto Ojeda ENTIDAD 4037625
NUMERO DE BOLSA 589638 NUMERO DE SELLO 589638 DOCUMENT

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO J. H. Cuervo V.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mary Enfermera 1089

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NUMERO DE BOLSA 5893370 - 5890037 IDENTIDAD 40330259 NUMERO DE SELLO 1038394-1037516

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 10+20 / 11 a las 10+50 / 11+40 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos,	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatologia	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

E, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

F, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

130

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yorlenis Salcedo J. DOCUMENT IDENTIDAD 40 375 255
NUMERO DE BOLSA E 15004 NUMERO DE SELLO 5015112

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	Ø
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	Ø
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal Ø b. Temperatura adecuada Ø c. F.V. Vigente Ø	
		4. Verificación del nombre del paciente	Ø
		5. Verificación del número de identificación del paciente	Ø
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	Ø
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	Ø
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	Ø
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	Ø
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	Ø
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	Ø

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	O
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	O

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO J. H. Cuervo P.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valderrama Enfermera 0759

189

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Salazar DOCUMENT IDENTIDAD 40325...
NUMERO DE BOLSA 5029809 NUMERO DE SELLO 99370...

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	O
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	O

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

28

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE mayleny Sanchez IDENTIDAD 40322055 DOCUMENT
NUMERO DE BOLSA 5914175 NUMERO DE SELLO 1041952

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 12:00 a las 12:00 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	○

MBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO J. H. Ceara

OMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Auxiliar de Enfermería

122

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NUMERO DE SELLO 1032759 -1033636 DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40330253

NUMERO DE BOLSA 5864431 - 5861171

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 1140 a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Luis Mario Vargas
Enfermero
Reg 10

126

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Zuleta DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40 370 255
NUMERO DE BOLSA 12574 NUMERO DE SELLO 41 21 41

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20:25 a las 20:35 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

125

INVERSIONES CLINICA DEL META S.
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

IDENTIDAD 40 370 255
DOCUMEN
NUMERO DE SELLO 411827
NUMERO DE BOLSA 12 5650

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19:55 a las 20:05 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatologia	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dr. Iván Rodrigo Nieto
Nefrología
C.C. 19.497.267 RM. 1845/96
SOCIEDAD MEDICA

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Liliana
Universidad de los Llanos

124

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

IDENTIDAD 40 376 255 NUMERO DE SELLO 4103881

NUMERO DE BOLSA 125312

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20:05 a las 20:15 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dr. Ivan Rodrigo Nieto
Nefrología
C.C. 19.495.067 RM. 1995/90

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Liliana Parra Rodriguez
Enfermera
Universidad Santiago de Cali

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

128

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Harling DOCUMENT IDENTIDAD 40 370 255
NUMERO DE BOLSA 24919 NUMERO DE SELLO 410046

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20:15 a las 20:25 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	✓
		2. Compatibilidad	✓
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	✓
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	✓
		a. Solicitar re-hemoclasificación	✓
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	✓
		c. Solicito COOMBS directo	✓
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	✓
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	✓
		4. Solicito prueba para inmunopatología	✓
		5. Registro en la historia clínica el evento	✓
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	✓
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dr. Ivan Rodrigo Nieto
Hematología
C.C. 19.497.067 RM. 184558

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Liliana Patricia Rodriguez
Enfermera
Universidad de los Llanos
R.E.

122

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

IDENTIDAD 40370253 NUMERO DE SELLO 4202226

DOCUMEN

NUMERO DE BOLSA 146883

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente ✓ 2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado ✓ 3. Verificación de la bolsa integridad a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓ 4. Verificación del nombre del paciente ✓ 5. Verificación del número de identificación del paciente ✓ 6. Verifique compatibilidad sanguínea ✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación ✓ 2. Confirma compatibilidad sanguínea ✓ 3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica ✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión ✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20:40 a las 21:30 (hora militar) ✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor 2. Compatibilidad 3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos a. Solicitar re-hemoclasificación b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad c. Solicito COOMBS directo 2. Llamo al laboratorio para recoger muestras 3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional 4. Solicito prueba para inmunopatología 5. Registro en la historia clínica el evento 6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio ✓ 2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica ✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROL

121

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

IDENTIDAD 40 370 255 DOCUMEN NUMERO DE SELLO 412189

NUMERO DE BOLSA 1756/14

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19:35 a las 19:45 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dr. Ivan Rodrigo Mejia
C.C. 19.497.837 Nal. 18459[illegible]

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Liliana Rincon Rodriguez
Enfermera
Universidad de los Llanos
Reg. [illegible]

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yenny Paola Sol — IDENTIDAD 40 370 235 — DOCUMEN — NUMERO DE SELLO 41 00 52

NUMERO DE BOLSA 12529 73

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19:45 a las 19:55 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Liliana

119

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Hayleen Suboza IDENTIDAD 40 370 255
NUMERO DE BOLSA 171107 NUMERO DE SELLO 422006 DOCUME

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 21:30 a las 22:30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

116

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Saboc Al. DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 421889 NUMERO DE SELLO 247431

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROL

117

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/1(

NOMBRE Marleny Cabrera DOCUMENT IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 422732 - 422845 NUMERO DE SELLO 2476465-17365

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 15+20 / 16+20 a las 15+20 / 15+30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatologia	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Rebeca Cabrera 20998

INVERSIONES CL
COPIA CO

116

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/1(

NOMBRE Harlyn Subcoyal IDENTIDAD 1037025255
NUMERO DE BOLSA 422798 - 422843 NUMERO DE SELLO 1470399 - 177267

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 15 / 1510 a las 1515 / 1515 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CO
COPIA CO

115

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/1

NOMBRE Maikol [illegible] Gaboqui DOCUMENT IDENTIDAD 1037702557
NUMERO DE BOLSA 4228560 - 422728 NUMERO DE SELLO 17272-24764

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 15:35 / 15:45 a las 15:40 / 15:50 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Carolina Reyes

INVERSIONES CL
COPIA CO

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Palacios IDENTIDAD 40370255 DOCUM. NUMERO DE SELLO 411201-412191-410034
NUMERO DE BOLSA 1453971756623-24 48992

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente ✓ 2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado ✓ 3. Verificación de la bolsa integridad a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓ 4. Verificación del nombre del paciente ✓ 5. Verificación del número de identificación del paciente ✓ 6. Verifique compatibilidad sanguínea ✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación ✓ 2. Confirma compatibilidad sanguínea ✓ 3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica ✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión ✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 14:40 a las 18:40 (hora militar) ✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor ○ 2. Compatibilidad ○ 3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción ○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos ○ a. Solicitar re-hemoclasificación ○ b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad ○ c. Solicito COOMBS directo ○ 2. Llamo al laboratorio para recoger muestras ○ 3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional ○ 4. Solicito prueba para inmunopatología ○ 5. Registro en la historia clínica el evento ○ 6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica ○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio ✓ 2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica ✓

MBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Taborda DOCUMENT. IDENTIDAD 40.370.255.
NUMERO DE BOLSA 594099 NUMERO DE SELLO 1046536.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 23.20 a las 23.40 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

OMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

BRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

138

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Zabaleta DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40.370.255.
NUMERO DE BOLSA E944416 NUMERO DE SELLO 1045537

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2 pm a las 00:00 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

OMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

IBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

32

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE _____ IDENTIDAD 40320255
NUMERO DE BOLSA 588563 NUMERO DE SELLO 10373358

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 10.30 a las 11.30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	0
		2. Compatibilidad	0
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	0
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	0
		a. Solicitar re-hemoclasificación	0
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	0
		c. Solicito COOMBS directo	0
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	0
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	0
		4. Solicito prueba para inmunopatología	0
		5. Registro en la historia clínica el evento	0
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	0
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Ruben Sabogal Vigoya. DOCUMENT. IDENTIDAD 10370255

NUMERO DE BOLSA 588702 NUMERO DE SELLO 1037017.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20:40 a las _____ (hora militar)	○

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Alexandra Reyes

INVERSIONES CLINICA D
COPIA CONTR

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Darley Alberto Cano IDENTIDAD 4037025 DOCUMENT
NUMERO DE BOLSA 589371 NUMERO DE SELLO 589371

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	O
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	O

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO J. H. Cuervo P.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Mery Rivera Electronera Rur

134

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Darlene Acosta DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40330255
NUMERO DE BOLSA 1038388 NUMERO DE SELLO 589371

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

133

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Merlemy Sabogal IDENTIDAD 40328255
NUMERO DE SELLO 411130 DOCUMENT
NUMERO DE BOLSA 24 2078

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MÉDICO	El médico acompaña al paciente de las 20 a las 50 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Rafreto Arcos
Medico General
C.C. 1.119.576.525
R.M. 230282

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

181

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Norlemy Sabogal DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 592120 NUMERO DE SELLO 1051297

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 20 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barrera Arcila
Medica General
C.C. 1.121.876.525
R.M. 230202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

188

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenny Sabogal IDENTIDAD 40 370255 NUMERO DE SELLO 1051302
NUMERO DE BOLSA 592339

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 20 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Medicina General
C.C. 1.129.570.525
R.M. 239202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

187

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Sabogal IDENTIDAD DOCUMENTO 40370285.
NUMERO DE SELLO 10513431
NUMERÓ DE BOLSA 597190

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 25 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	✓
		2. Compatibilidad	✓
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	✓
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	✓
		a. Solicitar re-hemoclasificación	✓
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	✓
		c. Solicito COOMBS directo	✓
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	✓
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	✓
		4. Solicito prueba para inmunopatología	✓
		5. Registro en la historia clinica el evento	✓
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	✓
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1.121.876.525
R.M. 230202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Saboga IDENTIDAD 40370.255
NUMERO DE BOLSA 597215 NUMERO DE SELLO 1051340 DOCUMENT

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 23 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION.

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1.120.5[illegible]6.525
R.M. [illegible]0202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

165

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Morleny Saboga IDENTIDAD DOCUMENT 40370255
NUMERO DE SELLO 10517835
NUMERO DE BOLSA 597075

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 25 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Ba... Médico General C.C. 1.129.576.525 R.M. 225202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

140

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenis Sabogal DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40370235
NUMERO DE BOLSA 5970794 NUMERO DE SELLO 105283

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 29 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barrero Arce
Medico General
C.C. 1.129.576.525
R.M. 226202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

183

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Saboyda IDENTIDAD DOCUMENTO 40370255
NUMERO DE BOLSA 5079795 NUMERO DE SELLO 1051569

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MÉDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arce
Medico General
C.C. 1.121.515.525
T.P. M 238202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Merlenny Subiaga
IDENTIDAD DOCUMENTO 40370235
NUMERO DE SELLO 1051580
NUMERO DE BOLSA 597325

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V: Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguinea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Médico General
C.C. 1.129.576.929
R.M. 23202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

181

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yomeny Soboqal IDENTIDAD DOCUMENTO 40378255
NUMERO DE BOLSA 5927729 NUMERO DE SELLO 1051347

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	Ø
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	Ø
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal Ø b. Temperatura adecuada Ø c. F.V. Vigente Ø	
		4. Verificación del nombre del paciente	Ø
		5. Verificación del número de identificación del paciente	Ø
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	Ø
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	Ø
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	Ø
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	Ø
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	Ø
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 30 (hora militar)	Ø

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	O
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	O

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
1.120.578.525

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

180

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlem Suboqui DOCUMENTO IDENTIDAD 40327235
NUMERO DE BOLSA 5012239 NUMERO DE SELLO 1051547

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Barrera Arcos
Medico General
1.125.576.525
R. 236282

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

179

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Maleny Saboga
NUMERO DE BOLSA 597149
NUMERO DE SELLO 1051571
DOCUMENT IDENTIDAD 40378235

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 39 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1 125.576.525
R.M. 236202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

178

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlem Sabogal IDENTIDAD 40370735
NUMERO DE BOLSA 5073346 NUMERO DE SELLO 1051568 DOCUMENT

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 35 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Francisco Barreto Arcos
Medico Internista
C.C. 1.1[illegible]8.576.525
Reg. 130702

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

177

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

Globulos Rojos

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Sabogal IDENTIDAD 40.370.255
NUMERO DE BOLSA 2469721 NUMERO DE SELLO 419960 DOCUMENT

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	Ø
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	Ø
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal Ø b. Temperatura adecuada Ø c. F.V. Vigente Ø	
		4. Verificación del nombre del paciente	Ø
		5. Verificación del número de identificación del paciente	Ø
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	Ø
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	Ø
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	Ø
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	Ø
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	Ø
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 1615 a las 1650 (hora militar)	Ø

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	Ø
		2. Registro el finalizó el procedimiento en la historia clínica	Ø

Dr. Jorge Correa Md. Anestesiologo R.M.N. 15685/87

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Lic M. Saracipa

INVERSIONES CLINICA D
COPIA CONTR

176

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

Globulos Rojos

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Martha Sabogal DOCUMENT IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 2470660 NUMERO DE SELLO 420212

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 1540 a las 1615 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa con copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro del procedimiento en la historia clínica	✓

Dr. Jorge Gonzalez Hernandez
Medico Anestesiologo
RM No 15885

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA D
COPIA CONTR

175

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Salcedo DOCUMENT. IDENTIDAD 40372255
NUMERO DE BOLSA 597481 NUMERO DE SELLO 10521195

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado ok medico	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea Plasma	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 1645 a las 17:00 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

Dr. Jorge Correa Anestesiologo R.M. No 15885/87

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Myriam Saracipa

INVERSIONES CLINICA D
COPIA CONTR

174

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlen4 DOCUMENT IDENTIDAD 40379255
NUMERO DE BOLSA 897423 NUMERO DE SELLO 1052160
Salegas

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado Solo medico	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea plasma	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 1615 a las 1645 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devuelve una copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registra final del procedimiento en la historia clínica	✓

Dr. Jorge [illegible] Cirujano
Anestesiólogo
R.M. No. 15685/8

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA D
COPIA CONTR

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Madelyn Sabogal
NUMERO DE BOLSA 597232
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40 370 255
NUMERO DE SELLO 1051301

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MÉDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MÉDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 20 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunohematología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1.121.876.525
R.M. 290202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

472

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Valentina Sabogal DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1037055.
NUMERO DE BOLSA 5937631 NUMERO DE SELLO 1045339.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO Luz Mery Valencia

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

137

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Leon Leon DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1470360
NUMERO DE SELLO 422795
NUMERO DE BOLSA

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO Loz Mery Valencia.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: F
FR: 13
FECHA: 06,

NOMBRE Marleni Saboogal DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40375055
NUMERO DE BOLSA 1019576 NUMERO DE SELLO 537858

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2:00 a las 2:45 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatologia	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Karleny Arango DOCUMENTO IDENTIDAD 1037055.
NUMERO DE BOLSA 596749 NUMERO DE SELLO 1650732.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	X
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	X
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal X b. Temperatura adecuada X c. F.V. Vigente X	
		4. Verificación del nombre del paciente	X
		5. Verificación del número de identificación del paciente	X
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	X
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	X
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	X
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	X
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	X
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	X

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

168

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO Luz Mery Urrutia

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Laurencio Salcedo DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40377055
NUMERO DE BOLSA 5966986 NUMERO DE SELLO 1058956

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO Luz Mery Valencia M

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

167

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenis Salcedo IDENTIDAD 40237055 DOCUMENTO
NUMERO DE BOLSA 5986 NUMERO DE SELLO 1038956

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	Ø
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	Ø
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal Ø b. Temperatura adecuada Ø c. F.V. Vigente Ø	
		4. Verificacion del nombre del paciente	Ø
		5. Verificación del número de identificación del paciente	Ø
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	Ø
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	Ø
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	Ø
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	Ø
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	Ø
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	Ø

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatologia	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	O
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	O

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO Luz Mery Valencia

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

166

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Sabogal DOCUMENTO IDENTIDAD 40377055.
NUMERO DE BOLSA 5868835. NUMERO DE SELLO 10359774.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	0
		2. Compatibilidad	0
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	0
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	0
		a. Solicitar re-hemoclasificación	0
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	0
		c. Solicito COOMBS directo	0
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	0
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	0
		4. Solicito prueba para inmunopatología	0
		5. Registro en la historia clínica el evento	0
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	0
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	0
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	0

165

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO Luz Mery Valencia

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 08/10/10

NOMBRE Lorena Sabogal. IDENTIDAD 40370255.
DOCUMENTO
NUMERO DE SELLO 422838.
NUMERO DE BOLSA 177257.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

164

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

INVERSIONES CLINICA DEL META

INFORME DE NOVEDADES

CODIGO: UCI
FR: 13
FECHA: 08-04-08

CHA: 26-07-12 CAMA: UCIA 14 HORA:

NTES: Mykey Subogel IDENTIFICACION: 40370255.

SLADO DE PACIENTES DE:

PISO	A	UCI ADULTO S			A	UCIN INTENSIVO	
PISO	A	UCI PEDIATRICA			A	UCIN INTERMEDIOS	
PISO	A	INTERMEDIOS			A	UCIN BASICO	
PISO	A	CIRUGIA		UCIN INTENSIVO	A	UCIN INTERMEDIOS	
UCI ADULTO	A	UCI INTERMEDIOS		UCIN INTENSIVO	A	UCIN BASICO	
UCI ADULTO	A	PISO		UCIN INTERMEDIOS	A	UCIN INTENSIVO	
UCI ADULTO	A	CIRUGIA	✓	UCI INTERMEDIO	A	UCIN BASICO	
UCI PEDIATRICA	A	UCI INTERMEDIO		UCIN BASICO	A	UCIN INTENSIVO	
UCI PEDIATRICA	A	PISO		UCIN BASICO	A	UCIN INTERMEDIO	
UCI PEDIATRICA	A	CIRUGIA		UCIN	A	CIRUGIA	
UCI INTERMEDIOS	A	UCI INTENSIVO		CIRUGIA	A		
UCI INTERMEDIOS	A	PISO		U. SALUD MENTAL	A		
UCI INTERMEDIOS	A	CIRUGIA			A	U. SALUD MENTAL	
					A		

UGIAS REALIZADAS:

CUPS		laparotomia exploratoria
CUPS	Valor	
CUPS		
CUPS		

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
AUTORIZACIONES

Fecha: Julio 26/2012

Hora: 05:30 pm

Recibí:

	INVERSIONES CLINICA DEL META **INFORME DE NOVEDADES**	CODIGO: UCI FR: 13 FECHA: 08-04-08

FECHA: 29-07-12 CAMA: UCIS HORA: 8:40

PACIENTES: Marleny Sboogal IDENTIFICACION: 40370251

TRASLADO DE PACIENTES DE:

PISO	A	UCI ADULTO S	
PISO	A	UCI PEDIATRICA	
PISO	A	INTERMEDIOS	
PISO	A	CIRUGIA	
UCI ADULTO	A	UCI INTERMEDIOS	
UCI ADULTO	A	PISO	X
UCI ADULTO	A	CIRUGIA	
UCI PEDIATRICA	A	UCI INTERMEDIO	
UCI PEDIATRICA	A	PISO	
UCI PEDIATRICA	A	CIRUGIA	
UCI INTERMEDIOS	A	UCI INTENSIVO	
UCI INTERMEDIOS	A	PISO	
UCI INTERMEDIOS	A	CIRUGIA	

	A	UCIN INTENSIVO	
	A	UCIN INTERMEDIOS	
	A	UCIN BASICO	
UCIN INTENSIVO	A	UCIN INTERMEDIOS	
UCIN INTENSIVO	A	UCIN BASICO	
UCIN INTERMEDIOS	A	UCIN INTENSIVO	
UCI INTERMEDIO	A	UCIN BASICO	
UCIN BASICO	A	UCIN INTENSIVO	
UCIN BASICO	A	UCIN INTERMEDIO	
UCIN	A	CIRUGIA	
CIRUGIA	A		
U. SALUD MENTAL	A		
	A	U. SALUD MENTAL	
	A		

CIRUGIAS REALIZADAS:

CUPS		Labor Quirurgico
CUPS		
CUPS		
CUPS		

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

29-7-12 8:40 am

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenis Saboya | DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 5966986. | NUMERO DE SELLO 10509956

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 2130 a las 2140 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

159

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 08/10/10

NOMBRE Marlenis Saavedra DOCUMENT. IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE SELLO 1046658
NUMERO DE BOLSA 5096184

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2140 a las 2141 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Liz Mery Valencia

158

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Maurlenys Salcedo IDENTIDAD DOCUMENTO 40370255
NUMERO DE BOLSA 9968806 NUMERO DE SELLO 10 50790

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Perp Valencia

157

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenis Saboopal. DOCUMENT. IDENTIDAD 40370555.

NUMERO DE BOLSA 1019576 NUMERO DE SELLO 537858

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ○ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2120 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor.	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clinica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

156

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenis Saboopal DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40370255.
NUMERO DE BOLSA 5969111 NUMERO DE SELLO 10506174.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

155

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Maylenis Saboyal. DOCUMENT. IDENTIDAD 40387255.
NUMERO DE BOLSA 5960822. NUMERO DE SELLO 1050921

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Cruz Yeny Valencia

154

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Saboopal DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 597013 NUMERO DE SELLO 1031057

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

193

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Sabogal DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 594306 NUMERO DE SELLO 10465721

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2180 a las 2140 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

152

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Monny Ycabuaga DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 588336 - 586891 NUMERO DE SELLO 10 30232 - 1084175

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 03t35 a las 04t30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
CC 86048330

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Victor 2

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTRO

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE: [illegible] DOCUMENTO: 40310 [illegible] NUMERO DE SELLO: 1037580

NUMERO DE BOLSA: 588345

ABRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.220

ABRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Victor

150

INVERSIONES CLINIC

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Subiaga | DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40376255
NUMERO DE BOLSA 586716 | NUMERO DE SELLO 10349934

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 0240 a las 0330 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: Julio Cesar Rojas Rojas, Medicina Interna, C.C. 86.048.240

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA: Victor

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MÉDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MÉDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MÉDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NUMERO DE BOLSA 54294

NUMERO DE SELLO 1046539

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.330

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Victor

148

INVERSIONES CLINIC

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE: Marlon Sabogal
NUMERO DE BOLSA: 5881347
NUMERO DE SELLO: 037595
DOCUMENTO: 4837033

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.830

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA: Victor R

147

INVERSIONES CLINIC

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MÉDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE: Mariaj Soto
NUMERO DE BOLSA: 586183
NUMERO DE SELLO: 1033672
DOCUMENTO: 40370255

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: Julio Cesar Rojas Rojas
Medicina Interna
C.C. 86.048.430

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA: Victor R.

INVERSIONES CLINICA

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NUMERO DE SELLO 1042012

NUMERO DE BOLSA 590837

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: Julio Cesar Rojas Rojas, Medicina Interna, C.C. 86.048.330

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA: Victor Rincon

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/16

NOMBRE: Yarleny Cabeza
NUMERO DE BOLSA: 5860611
NUMERO DE SELLO: 1033581
DOCUMENTO: CC A-

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente ✓ 2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado ✓ 3. Verificación de la bolsa integridad a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓ 4. Verificación del nombre del paciente ✓ 5. Verificación del número de identificación del paciente ✓ 6. Verifique compatibilidad sanguínea ✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación ✓ 2. Confirma compatibilidad sanguínea ✓ 3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica ✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión ✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar) ✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor ○ 2. Compatibilidad ○ 3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción ○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos ○ a. Solicitar re-hemoclasificación ○ b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad ○ c. Solicito COOMBS directo ○ 2. Llamo al laboratorio para recoger muestras ○ 3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional ○ 4. Solicito prueba para inmunopatología ○ 5. Registro en la historia clínica el evento ○ 6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica ○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio ○ 2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica ○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: Juan Sarta RM 23202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA: Victor Rincon

INVERSIONES CLINIC

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE: [illegible] DOCUMENTO: [illegible] NUMERO DE SELLO: 1032430
NUMERO DE BOLSA: 3853623

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO [signature] RM23022

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Victor Briceño

143

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Alexey Cabeza DOCUMENT IDENTIDAD 40.378.255
NUMERO DE BOLSA 594176 NUMERO DE SELLO 1046629

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 0000 a las 0010 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clinica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE _____ IDENTIDAD 40.370.25[illegible]
NUMERO DE BOLSA 5836923 DOCUMEI _____ NUMERO DE SELLO 10301917

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 01:00 a las 01:20 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

MBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

BRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Sabogal IDENTIDAD 40390255
NUMERO DE BOLSA 58 6064 NUMERO DE SELLO 16335580

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 11:30 a las 12:30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	0
		2. Compatibilidad	0
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	0
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	0
		a. Solicitar re-hemoclasificación	0
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	0
		c. Solicito COOMBS directo	0
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	0
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	0
		4. Solicito prueba para inmunopatología	0
		5. Registro en la historia clinica el evento	0
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	0
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Wilson Cabeza DOCUMENTO IDENTIDAD 10.370.255
NUMERO DE BOLSA 5942 NUMERO DE SELLO 1046535

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 11,00 pm a las 11,20 pm (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

139

INVERSIONES CLINICA DEL META
COPIA CONTROL

CLÍNICA META

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS O FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS

RESPETADO DOCTOR:

Con el fin de lograr el análisis del caso de su paciente por parte del Comité técnico - Científico, en cuanto a la autorización de medicamentos no incluidos en el plan de salud, le rogamos a usted proporcionarnos la siguiente información.

Por favor escriba en letra CLARA Y LEGIBLE.

Fecha de Diligenciamiento 26072012 **Entidad Salud** NUEVA EPS

Tipo y numero de indentificacion		Primer Apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CC	40,370,255	SABOGAL	VOGOYA	MARLENY	

Direccion Paciente KRA 25N ° 24-08 RETIRO **Edad** A050

Diagnostico(s) CHOQUE HIPOVOLEMICO **Codigo CIE10** R571

Resumen Historia Clinica

PACIENTE CON CHOQUE HIPOVOLEMICO QUE REQUIERE TERAPIA DOBLE CON VASOPRESORES SIN LOGRAR METAS, SE ORDENA INICIAR VASOPRESINA.

1. Medicamentos del POS o del manual unico de medicamentos utilizados previamente. Ya utilizados en el tratamiento.

Nombre Genérico (Medicamento)	Dosis y Presentación	Tiempo Utilización	Soportado en Historia SI	NO
NO HAY				

RESULTADOS: (Escriba la respuesta del paciente al tratamiento ya instaurado con los medicamentos incluidos en la ley 100)	X	
ADHERENCIA (Existe adherencia del paciente a los medicamentos incluidos en el POS soportada en la historia clínica)	X	
FALLA TERAPEUTICA (Los motivos de la falla terapéutica a los medicamentos del POS están descritos en la historia clínica)	X	

Describa las razones de la falla terapéutica con los medicamentos incluidos en el POS

2. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL POS O FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS

Nombre genérico del Medicamento	Grupo Terapéutico	Principio Activo	
VASOPRESINA TANATO 20UI/ML SUS	H01B HORMONAS DEL LO	VASOPRESINA TANATO	
Numero de días de tratamiento	**Concentración**	**Dosis**	
5.0	20UI/ML	4 UNIDADES HORA	
Tiempo de respuesta máxima	**Número de dosis día**	**Registro INVIMA**	**Presentacion**
INMEDIATO	6.0	VITAL NO DISP	AMP X 20UI

Efectos Adversos HIPERTENSION.

Efecto Terapéutico deseado MEJORIA DE LOS NIVELES DE PERFUSION TISULAR Y TENSION ARTERIAL

3. EL MEDICAMENTO SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA SU COMERCIALIZACION Y EXPENDIO EN EL PAIS?	SI	
4. LA PRESCRIPCION DEL MEDICAMENTO COINCIDE CON LAS INDICACIONESTERAPEUTICAS QUE HAN SIDO APROBADAS POR EL INVIMA EN EL REGISTRO SANITARIO?	SI	
5. EL MEDICAMENTO PRESCRITO ES PARA TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES?		NO
6. EL MEDICAMENTO PRESCRITO ES PARA LA ATENCION DE TRATAMIENTOS QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POS	SI	
7. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDAD Y SALUD DEL PACIENTE SI NO SE SUMINISTRA? ESTO SE ENCUENTRA SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	SI	

Explique por que? MUERTE

7. MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL POS O EN EL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS QUE SUSTITUYE O REEMPLAZA AL SOLICITADO

Nombre genérico del Medicamento	Grupo Terapéutico	Principio Activo
	*	
Forma Farmacéutica	**Concentración**	
Número de días de tratamiento	**Número de dosis día equivalentes al medicamento no POS**	

Nombre Médico Tratante ROJAS ROJAS JULIO CESAR **Medico Asistencial:**

Especialidad MEDICO INTERNISTA UCIA

DECLARO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA SE ENCUENTRA SOPORTADA EN LA HISOTRIA CLINICA Y NO EXISTE CONFLICTO DE INTERES(No recibo beneficios económicos ni materiales, ni de ningún otro tipo de la industria farmacéutica para la formulación del medicamento). ALGUNO POR TAL MOTIVO EN LA CONSTANCIA FIRMO.

FIRMA Y SELLO MEDICO

Julio Cesar Rojas Medicina Interna C.C. 86.048.[illegible]

FAVOR ANEXAR FOTOCOPIA DE LA HISTORIA CLINICA **ANEXAR FOTOCOPIA DEL CARNE, CEDULA Y FORMULA MEDICA**

214

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Maleni — DOCUMENTO IDENTIDAD 1037627...
NUMERO DE BOLSA 962239 — NUMERO DE SELLO 1049650...

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 10:00 a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	✓
		2. Compatibilidad	✓
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	✓
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	✓
		a. Solicitar re-hemoclasificación	✓
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	✓
		c. Solicito COOMBS directo	✓
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	✓
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	✓
		4. Solicito prueba para inmunopatología	✓
		5. Registro en la historia clinica el evento	✓
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	✓
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Gerardo Eduardo Lino

INVERSIONES CLINICA DE

23

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Ula Luz Sosa C
NUMERO DE BOLSA 296767
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40320211
NUMERO DE SELLO 1070 (41

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 10:10 a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO 08-018845

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Gerardo Eduardo Lizcano Enfermero

INVERSIONES CLINICA DEL META

212

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE _____ IDENTIDAD 40370271
NUMERO DE BOLSA 796520 NUMERO DE SELLO 10107288

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	0
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	0
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal 0 b. Temperatura adecuada 0 c. F.V. Vigente 0	0
		4. Verificación del nombre del paciente	0
		5. Verificación del número de identificación del paciente	0
		6. Verifique compatibilidad sanguinea	0
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	0
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	0
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	0
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	0
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 10:00 a las _____ (hora militar)	0

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	0
		2. Compatibilidad	0
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	0
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	0
		a. Solicitar re-hemoclasificación	0
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	0
		c. Solicito COOMBS directo	0
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	0
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	0
		4. Solicito prueba para inmunopatología	0
		5. Registro en la historia clínica el evento	0
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	0
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	0
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	0

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Gerardo Eduardo Lima

INVERSIONES CLINICA DEL META

20

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Maleny Saboyade IDENTIDAD DOCUMENTO 40 370 255
NUMERO DE BOLSA 5Y6037 NUMERO DE SELLO 1049700

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 07:00 a las 13h (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clinica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Gerardo Eduardo Lima
Enfermero
RUM

INVERSIONES CLINICA DEL ME

209

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Monterrey Sánchez DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40370235
NUMERO DE BOLSA 5097511 NUMERO DE SELLO 10321673

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguinea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 60' (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barrera Moreno
Medico General
T.P. 120576 CPA
C.C. 1121895202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yonlem [illegible] 24504 DOCUMENTO X IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA [illegible] NUMERO DE SELLO 4109931

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20 a las 60 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	✓
		2. Compatibilidad	✓
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	✓
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	✓
		a. Solicitar re-hemoclasificación	✓
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	✓
		c. Solicito COOMBS directo	✓
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	✓
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	✓
		4. Solicito prueba para inmunopatología	✓
		5. Registro en la historia clínica el evento	✓
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	✓
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

MBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Eduardo Barreto Arcos
Medico General
C.C. 17.625.576 de [illegible]

RE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

193

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yenny Sabogal
DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40370225
NUMERO DE SELLO 105218Z
NUMERO DE BOLSA 5924424

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 20 a las 10 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Yenny Barrero Arcos
Medico General
C.C. 1.129.876.525
R.M. 1300282

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

192

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Wilmer Soboya IDENTIDAD DOCUMENTO 40 37025
NUMERO DE BOLSA 145322 NUMERO DE SELLO 411010

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 20 a las 20 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clinica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	○
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	○

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dra. [illegible] Barrera
Médico General
M.P. 130202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yoleny Sabogal IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 245040 NUMERO DE SELLO 4100930

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 20 a las 30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barrero Arenas
Médico General
C.C. 1.122.576.525
R.M. 23102

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

190

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Saboga l DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 147046 NUMERO DE SELLO 422794

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Meny Valenzuela

162

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Yarleny Saboopal - DOCUMENT : IDENTIDAD 40370255.
NUMERO DE BOLSA 594245. NUMERO DE SELLO 1046667.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 2140 a las 2145 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

161

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlenis Salcedo DOCUMENT IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 5A4072 NUMERO DE SELLO 1044684

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 2140 a las 214 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Mery Valencia

160

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlene Saboopal. DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255

NUMERO DE BOLSA 896822. NUMERO DE SELLO 10509421

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MÉDICO	El médico acompañó al paciente de las 2130 a las 2140 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

163

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Luz Ney Valencia

	INVERSIONES CLÍNICA DEL META **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRANSFUSIONES SANGUINEAS** (OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)	CODIGO: CI FR: 21 FECHA: 01-06-07

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal Vigoya C.C 40370255

FECHA: 26-julio-2012 HORA: _____ HISTORIA CLINICA: 40370255

1. Por medio de lapresente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades, otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr: _____ R.M. _____ Quien obra como Médico en Inversiones Clínica del Meta, para que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de otros profesionales de la salud que llegaren a requerirse, así como del personal auxiliar de servicios asistenciales que se hagan necesarios, se me practoque el siguiente procedimiento que ha sido ordenado por mi médico tratante, _____ R.M. _____ Procedimiento: _____

2. El médico autorizado queda igualmente facultado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto Nº 1, si en el curso de la realización del procedimiento llegara a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a su juicio, los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previo al examen que me ha practicado mi médico tratante, con el objeto de identificar mi estado de salud o enfermedad, y previa la advertencia que el médico de Inversiones Clínica del Meta me ha hecho sobre las reacciones que pueden llegar a presentarse al aplicarse el procedimiento que requiero y la existencia de efectos imprevesibles que, por lo mismo, no pueden ser advertidos. Se me ha hecho saber que tales efectos pueden presentarse, no obstante que la sangre o os componentes de la misma que a mi serán transfundidos, se les ha practicado las pruebas que las disposiciones legales ordenan para determinar su calidad y que los resultados de dichas pruebas han sido negativos. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre esos aspectos, por parte del citado profesional.

4. Declaro he sido advertido por el médico autorizado, en el sentido de que la práctica del procedimiento de transfusión que requiero compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

5. Certifico que el presente documento ha sido leido y entendido por mi en su integridad y que he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del médico autorizado, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el PACIENTE correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Nombre y Firma del Paciente
C.C de

Nombre y Firma del Responsable del paciente
C.C de

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

	INVERSIONES CLINICA DEL META RESULTADO Y EVALUACIÓN DE SEGURIDAD DEL SITIO OPERATORIO	CODIGO: CI FR: 83 FECHA: 2/01/12

NOMBRE DEL USUARIO: Marleny Sabogal

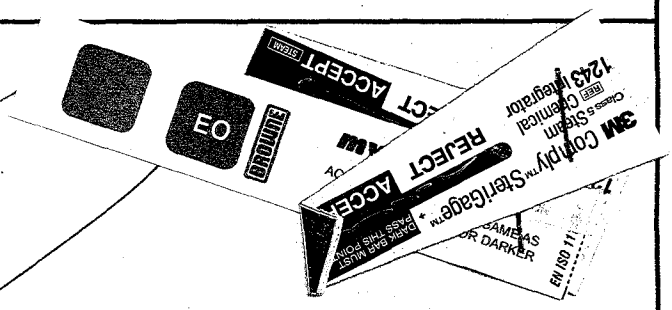
FECHA DE CIRUGÍA: 30-VII-12

PROCEDIMIENTO: Lavado Qx

SALA: 3

MEDICO - QUIRÚRGICO	TOTAL	COMPLETO	
		SI	NO
COMPRESAS	53		X
GASAS			
APOSITOS			
OTONOIDES			
BAJALENGUAS			
PINZAS ADICIONALES			
EQUIPOS			
INSTRUMENTAL			

CONTROL DE ESTERILIZACIÓN



OBSERVACIONES Recuento incompleto las compresas no estaban limpias y en el momento del conteo falta una. se revolvieron las de abdomen empaquetado con las de la Cx, se le avisa al cirujano y se hace Doble revision de cavidad.

NOMBRE Y REGISTRO MEDICO ESPECIALISTA	
NOMBRE Y REGISTRO MEDICO AYUDANTE	
NOMBRE INSTRUMENTADORA	Claudia Lucila
NOMBRE AUXILIAR DE SALA	Luz Myriam Saracipa

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

RESPETADO DOCTOR:

INV. CLINICA DEL META S.A.
892,000,401
SOLICITUD DE MEDICAMENTO INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS NO POS O FUERA LAS COBERTURAS DEL POS

Con el fin de lograr el análisis del caso de su paciente por parte del Comité técnico - Científico, en cuanto a la autorización de medicamentos no incluidos en el plan de salud, le rogamos a usted proporcionarnos la siguiente información.

Por favor escriba en letra CLARA Y LEGIBLE.

Tipo y numero de Idenficación		Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CC	40.370.255	SABOGAL	VOGOYA	MARLENY	

Dirección del Paciente	KRA 25N 24-08 RETIRO	Edad	50
Diagnóstico(s)	COAGULOPATIA	Código CIE 10	

Resumen Historia Clinica

POP LIPECTOMIA, PACIENTE OBESA. INGRESA POR PRESENTAR SANGRADO Y HEMATOMAS EN EL AREA QX. LA HB ESTA EN 3,2GM DL. ES LLEVADO A CIRUGIA, SE LIBERA LA INCISION Y SE DRENA UN HEMATOMA DE 2000 CC EN EL AREA QUIRURGICA. INTRAABDOMINAL NO HAY SANGRADO. LA PACIENTE QUEDA EMPAQUETADA EN EL TCS POR SANGRADO REZUMANTE Y PERSISTENTE. 24H DESPUES LAS COMPRESAS SIGUEN ESCURRIENDO SANGRE ES REINTERVENIDA DESEMPAQUETADA Y VUELTO A EMPAQUETAR CON 8 COMPRESAS. CONTINUA CON SANGRADO REZUMANTE DIFUSO. SE HAN TRASFUNDIDO 6U DE PFC Y 9U DE GRE

1. Medicamentos del POS o del manual unico de medicamentos utilizados previamente. Ya utilizados en el tratamiento.			Soportado Historia	
Nombre Genérico (Medicamento)	**Dosis y Presentación**	**Tiempo Utilización**		
FACTOR VII RECOMBINANTE NOVOSEVEN		INMEDIATO	SI	NO
RESULTADOS: (Escriba la respuesta del paciente al tratamiento ya instaurado con los medicamentos incluidos en la ley 100)			X	
PERSISTE SANGRADO REZUMANTE				
ADHERENCIA (Existe adherencia del paciente a los medicamentos incluidos en el POS soportada en la historia clínica)				
NO APLICA				
FALLA TERAPEUTICA (Los motivos de la falla terapéutica a los medicamentos del POS están descritos en la historia clínica)				

Describa las razones de la falla terapéutica con los medicamentos incluidos en el POS

PERSISTE EL SANGRADO QUE NO SE PUEDE CONTROLAR EN CIRUGIA

2. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS O INSUMO NO INCLUIDOS EN EL POS O FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS

Nombre genérico del Medicamento	Grupo Terapéutico	Principio Activo
FACTOR VII RECOMBINANTE NOVOSEVEN	FACTOR DE COAGULACION	FACTOR VIIA
Numero de días de tratamiento	Concentración	Dosis
INMEDIATO		100MCGKDOSIS
Tiempo de respuesta máxima	Número de dosis día	Registro INVIMA
24 HORAS	UNO	

Efectos Adversos ANAFILAXIA

Efecto Terapéutico deseado CONTROL DEL COAGULOPATIA

3. EL MEDICAMENTO SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA SU COMERCIALIZACION Y EXPENDIO EN EL PAIS?	**SI**	
4. LA PRESCRIPCION DEL MEDICAMENTO COINCIDE CON LAS INDICACIONESTERAPEUTICAS QUE HAN SIDO APROBADAS POR EL INVIMA EN EL REGISTRO SANITARIO?	**SI**	
5. EL MEDICAMENTO PRESCRITO ES PARA TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES?		**NO**
6. EL MEDICAMENTO PRESCRITO ES PARA LA ATENCION DE TRATAMIENTOS QUE SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POS		**NO**
7. EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDAD Y SALUD DEL PACIENTE SI NO SE SUMINISTRA? ESTO SE ENCUENTRA SOPORTADO EN LA HISTORIA CLINICA	**SI**	

Explique por que? PERSISTE SANGRADO A PESAR DE MANEJO CON PLASMA Y DERIVADOS SANGUINEOS, CIRUGIA

7. MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL POS O EN EL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS QUE SUSTITUYE O REEMPLAZA AL SOLICITADO

Nombre genérico del Medicamento	Grupo Terapéutico	Principio Activo
NO HAY		
Forma Farmacéutica	Concentración	
Número de días de tratamiento	Número de dosis día equivalentes al medicamento no POS	

Nombre Médico Tratante GIOVANNY ENRIQUE GONZALEZ BERNAL

Especialidad CIRUJANO GENERAL

DECLARO QUE LA INFORMACION AQUÍ SUMINISTRADA SE ENCUENTRA SOPORTADA EN LA HISOTRIA CLINICA Y NO EXISTE CONFLICTO DE INTERES (No recibo beneficios económicos, ni materiales, ni de ningún otro tipo de la industria farmacéutica por la formulación del medicamento). ALGUNO POR TAL MOTIVO EN LA CONSTANCIA FIRMO.

FIRMA Y SELLO MEDICO
FAVOR ANEXAR FOTOCOPIA DE LA HISTORIA CLINICA

No REGISTRO MEDICO
ANEXAR FOTOCOPIA DEL CARNE, CEDULA Y FORMULA MEDICA

215

	INVERSIONES CLÍNICA DEL META **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRANSFUSIONES SANGUINEAS** (OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)	CODIGO: CI FR: 21 FECHA: 01-06-07

NOMBRE DEL PACIENTE Marleny Sabogal C.C 40'370 255

FECHA: 30-VII-12 HORA:_____ HISTORIA CLINICA:_____

1. Por medio de lapresente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades, otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr: _____ R.M. _____ Quien obra como Médico en Inversiones Clínica del Meta, para que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de otros profesionales de la salud que llegaren a requerirse, así como del personal auxiliar de servicios asistenciales que se hagan necesarios, se me practoque el siguiente procedimiento que ha sido ordenado por mi médico tratante, _____ R.M. _____ Procedimiento: _____

2. El médico autorizado queda igualmente facultado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto Nº 1, si en el curso de la realización del procedimiento llegara a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a su juicio, los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previo al examen que me ha practicado mi médico tratante, con el objeto de identificar mi estado de salud o enfermedad, y previa la advertencia que el médico de Inversiones Clínica del Meta me ha hecho sobre las reacciones que pueden llegar a presentarse al aplicarse el procedimiento que requiero y la existencia de efectos imprevesibles que, por lo mismo, no pueden ser advertidos. Se me ha hecho saber que tales efectos pueden presentarse, no obstante que la sangre o os componentes de la misma que a mi serán transfundidos, se les ha practicado las pruebas que las disposiciones legales ordenan para determinar su calidad y que los resultados de dichas pruebas han sido negativos. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre esos aspectos, por parte del citado profesional.

Declaro he sido advertido por el médico autorizado, en el sentido de que la práctica del procedimiento de transfusión que requiero compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

5. Certifico que el presente documento ha sido leido y entendido por mi en su integridad y que he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del médico autorizado, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el PACIENTE correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Dra. Sugey Anestesiologa MD Anestesiologo SIM N° 15885/87

Nombre y Firma del Paciente
C.C de

Nombre y Firma del Responsable del paciente
C.C de

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. COPIA CONTROLADA GESTION DE CALIDAD

207

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Monleny Zabaqal IDENTIDAD 40370255 DOCUMENTO
NUMERO DE BOLSA 5977283 NUMERO DE SELLO 1051644

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguinea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 30 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

MBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Vanessa Barreto Arcos
Medico General
C.C. 1.129.576.525
R.M. 250.207

RE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Nuleman Sabogal IDENTIDAD 40370235
NUMERO DE BOLSA 597514 NUMERO DE SELLO 1052183 DOCUMENTO

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 40 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	✓
		2. Compatibilidad	✓
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	✓
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	✓
		a. Solicitar re-hemoclasificación	✓
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	✓
		c. Solicito COOMBS directo	✓
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	✓
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	✓
		4. Solicito prueba para inmunopatología	✓
		5. Registro en la historia clínica el evento	✓
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	✓
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255 NUMERO DE SELLO 41999

NOMBRE Marleny Suarez

NUMERO DE BOLSA 246998

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	X
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	X
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal X b. Temperatura adecuada X c. F.V. Vigente X	
		4. Verificación del nombre del paciente	X
		5. Verificación del número de identificación del paciente	X
		6. Verifique compatibilidad sanguinea	X
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	X
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	X
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	X
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	X
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 18:09 a las 18:20. (hora militar)	X

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	O
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	O

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dra. Marleny Rios
Medico General
T.P. 976.525

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

200

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Noelemy Sabogal IDENTIDAD DOCUMENTO 40370255.
NUMERO DE BOLSA 592301. NUMERO DE SELLO 105113.

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 35 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

OMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Barreto Areas
Medico General
T.P. 23-576-525
Cel. 202

OMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

199

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marlem D. Bonilla IDENTIDAD DOCUMENTO 40370735.
NUMERO DE BOLSA 5917296 NUMERO DE SELLO 1051577

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las 19 a las 35 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Medico General
C.C. 1.129.576.578
R.M. 23620

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

198

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Monterrey Sabogal IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 597106 NUMERO DE SELLO 10517809

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 19 a las 40 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clinica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Barreto Arce
Medico General
RM 139.578
1130202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

197

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Marleny Salcedo DOCUMENTO IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 146658 NUMERO DE SELLO 420039

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 17:30 pm a las 18:00 pm (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Valeria Varela Arcos
Medica General
C.C. 1.129.576.525
R.M. 230202

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME

201

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE _____ DOCUMENTO IDENTIDAD 1087091...
NUMERO DE BOLSA 14694693 NUMERO DE SELLO 91270

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguinea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	✓
		2. Compatibilidad	✓
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	✓
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	✓
		a. Solicitar re-hemoclasificación	✓
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	✓
		c. Solicito COOMBS directo	✓
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	✓
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	✓
		4. Solicito prueba para inmunopatología	✓
		5. Registro en la historia clinica el evento	✓
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	✓
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO 0801XX798

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL META

205

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Sebastian Peña Lo. IDENTIDAD/DOCUMENTO 1103702...
NUMERO DE BOLSA 176866 NUMERO DE SELLO 112016

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompañó al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Enfermero

INVERSIONES CLINICA DEL META

204

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1105740622
NUMERO DE BOLSA 1400232 NUMERO DE SELLO 4100232

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	0
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	0
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal 0 / b. Temperatura adecuada 0 c. F.V. Vigente 0	
		4. Verificación del nombre del paciente	0
		5. Verificación del número de identificación del paciente	0
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	0
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	0
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	0
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	0
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	0
	MÉDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	0

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	0
		2. Compatibilidad	0
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	0
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	0
		a. Solicitar re-hemoclasificación	0
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	0
		c. Solicito COOMBS directo	0
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	0
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	0
		4. Solicito prueba para inmunopatología	0
		5. Registro en la historia clinica el evento	0
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	0
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	0
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	0

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO 0801447128

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA Carmen Elvado Lima
Enfermera
CC 40027819

203

INVERSIONES CLINICA DEL ME

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Milena Sabogal IDENTIDAD 40370255
NUMERO DE BOLSA 245202-17559 8-2449044 NUMERO DE SELLO 411979-411240-410038

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 1840 a las 1910 (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfusional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	○
		2. Compatibilidad	○
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	○
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	○
		a. Solicitar re-hemoclasificación	○
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	○
		c. Solicito COOMBS directo	○
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	○
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	○
		4. Solicito prueba para inmunopatología	○
		5. Registro en la historia clínica el evento	○
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	○
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

MBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL ME
COPIA CONTROL

702

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE [illegible] DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1037602[illegible]
NUMERO DE BOLSA 111693 NUMERO DE SELLO A111693

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las 09:00 a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	
		2. Compatibilidad	
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	
		a. Solicitar re-hemoclasificación	
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	
		c. Solicito COOMBS directo	
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	
		4. Solicito prueba para inmunopatología	
		5. Registro en la historia clínica el evento	
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

Enfermera

208

INVERSIONES CLINICA DEL ME

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD 40370211
NUMERO DE BOLSA 157310 NUMERO DE SELLO 33 6117

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	✓
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	✓
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal ✓ b. Temperatura adecuada ✓ c. F.V. Vigente ✓	
		4. Verificación del nombre del paciente	✓
		5. Verificación del número de identificación del paciente	✓
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	✓
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	✓
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	✓
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	✓
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	✓
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	✓

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	O
		2. Compatibilidad	O
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	O
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	O
		a. Solicitar re-hemoclasificación	O
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	O
		c. Solicito COOMBS directo	O
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	O
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	O
		4. Solicito prueba para inmunopatología	O
		5. Registro en la historia clínica el evento	O
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clinica	O
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	✓
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clinica	✓

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

INVERSIONES CLINICA DEL MET

INVERSIONES CLINICA DEL META
LISTA DE CHEQUEO PARA TRANSFUSIONES

CODIGO: HC
FR: 13
FECHA: 06/10/10

NOMBRE Wilson IDENTIDAD 9731022
NUMERO DE BOLSA 19720 NUMERO DE SELLO 336139

I. PRETRANSFUSIONAL	ENFERMERIA	1. Consentimiento informado diligenciado y firmado por el médico y el paciente	0
		2. Verificación que el componente sanguíneo sea el solicitado	0
		3. Verificación de la bolsa integridad	
		a. Aspecto normal (0) b. Temperatura adecuada (0) c. F.V. Vigente	0
		4. Verificación del nombre del paciente	0
		5. Verificación del número de identificación del paciente	0
		6. Verifique compatibilidad sanguínea	0
	MEDICO	1. Confirma datos de identificación	0
		2. Confirma compatibilidad sanguínea	0
		3. Autoriza y registra el inicio de la transfusión en la historia clínica	0
II. DURANTE LA TRANSFUSION	ENFERMERIA	Diligencio el registro de transfusión	0
	MEDICO	El médico acompaña al paciente de las _____ a las _____ (hora militar)	0

Si sospecha de reacción transfunsional SUSPENDA LA TRANSFUSION

III. EN CASO DE REACCION	ENFERMERIA	1. Verifique identidad del receptor	0
		2. Compatibilidad	0
		3. Aviso al médico para definir o clasificar el tipo de reacción	0
	MEDICO	1. Si la reacción es grave a globulos rojos	0
		a. Solicitar re-hemoclasificación	0
		b. Solicito nuevas pruebas de compatibilidad	0
		c. Solicito COOMBS directo	0
		2. Llamo al laboratorio para recoger muestras	0
		3. Lleno el formato de registro de reacción transfusional	0
		4. Solicito prueba para inmunopatología	0
		5. Registro en la historia clínica el evento	0
		6. La auxiliar tramita la toma de muestra y deja registro en la historia clínica	0
IV. AL TERMINAR	AUX ENFERMERIA	1. Devolvio la bolsa y la copia del registro de la transfusión sanguínea al laboratorio	0
		2. Registro el final del procedimiento en la historia clínica	0

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MEDICO 08-0129-08

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA ENFERMERA

206

INVERSIONES CLINICA DEL ME

INVERSIONES CLINICA DEL META
CONTROL GASTO TERAPIA RESPIRATORIA

CODIGO: UCI
FR: 05
FECHA: 08-04-08

NOMBRE: Marleny Arbogast Nº HC: 40.390.855 CAMA: 5

	FECHA	31/07/12																	
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	DEXAMETASONA																		
2	ADRENALINA AMPOLLA																		
3	ATROVENT GOTAS NEBULIZAR																		
4	BERODUAL GOTAS																	/	
5	TERBUTALINA GOTAS																	/	
6	INHALADOR BROMURO IPATROPIO																		
7	INHALADOR BECLOMETASONA																		
	INHALADOR SALBUTAMOL																		
	HEPARINA																		
10	SALBUTAMOL GOTAS																		
11	ATROPINA AMPOLLA																		
12	SURFACTANTE																		
13	CANULA NASAL																		
14	HUMIDIFICADOR																		
15	NEBULIZADOR JET																		
6	MANUERA CORRUGADA																		
17	EQUIPO VENTURY																		
18	CIRCUITO VENTILADOR																		
19	FILTRO BACTERIANO																		
20	NARIZ CAMELLO	1																	
21	LAINER DE SUCCION																		
	SONDA DE SUCCION																		
	SONDA NELATON	2	2																
24	SONDA SUCCION CONTINUA																		
25	TUBO ENDOTRAQUEAL																		
26	INCENTIVO RESPIRATORIO																		
27	MICRONEBULIZADOR SOLO																		
28	MICRONEBULIZADOR CON TUBO EN T																		
29	MICRONEBULIZADOR MASCARA																		
30	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA																		
31	MASCARA TRAQUEOSTOMIA																		
32	JERINGAS 10 CC		2																
33	JERINGAS 5CC																		
34	JERINGAS 1 CC																		
35	JERINGA ICC SIN AGUJA																		
36	SOLUCION SALINA 500 CC		1																
37	SOLUCION SALINA 100 CC		1																

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

165878

INVERSIONES CLINICA DEL META
CONTROL GASTO TERAPIA RESPIRATORIA

CODIGO: UCI
FR: 05
FECHA: 08-04-08

NOMBRE: Marleny Sabogal Lugo40 Nº HC: 40 370 255 CAMA: #C4

	FECHA	25.07.12			26.07.12			27.07.12			28.07.12			29 JUL 12			30 JUL 12		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
1	DEXAMETASONA																		
2	ADRENALINA AMPOLLA																		
3	ATROVENT GOTAS NEBULIZAR																		
4	BERODUAL GOTAS																		
5	TERBUTALINA GOTAS																		
6	INHALADOR BROMURO IPATROPIO																		
7	INHALADOR BECLOMETASONA																		
	INHALADOR SALBUTAMOL																		
	HEPARINA																		
10	SALBUTAMOL GOTAS																		
11	ATROPINA AMPOLLA																		
12	SURFACTANTE																		
13	CANULA NASAL																		
14	HUMIDIFICADOR																		
1	NEBULIZADOR JET																		
6	MANUERA CORRUGADA																		
17	EQUIPO VENTURY																		
18	CIRCUITO VENTILADOR																		
19	FILTRO BACTERIANO	1																	
20	NARIZ CAMELLO					1		1			1			1			1		
21	LAINER DE SUCCION 1500 cc	1																	
	SONDA DE SUCCION																		
	SONDA NELATON #	2			2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24	SONDA SUCCION CONTINUA					12													
25	TUBO ENDOTRAQUEAL																		
26	INCENTIVO RESPIRATORIO																		
27	MICRONEBULIZADOR SOLO																		
28	MICRONEBULIZADOR CON TUBO EN T																		
29	MICRONEBULIZADOR MASCARA																		
30	CANULA DE TRAQUEOSTOMIA																		
31	MASCARA TRAQUEOSTOMIA																		
32	JERINGAS 10 CC	2				2			2	2		2			2			2	
33	JERINGAS 5CC																		
34	JERINGAS 1 CC	2								2			2					2	
35	JERINGA ICC SIN AGUJA					2													
36	SOLUCION SALINA 500 CC	1													0				
37	SOLUCION SALINA 100 CC	1				1			1			1			1			1	

Silicono manejo 1v

27

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 29/06/12

MBRE Y PELLIDOS	Marleny Sabogal Vogoya	CAMA	Nº HISTORIA CLINICA
Urgencias			40370253

CHA	1/jul/10	26		27		28		29		30		31							
DROGA Y DOSIS		A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Metilprednisolona 1 gr IV Ahora		1/30																	
MAÑANA		Olga Saiz																	
TARDE																			
NOCHE																			

5

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 29/06/12

NOMBRE Y PELLIDOS: Hailen Sabogal Vogoya | CAMA: | Nº HISTORIA CLINICA: 40370255

Urgencias

FECHA Julio	25		26		27		28		29		30		31					
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Ranitidina x 50 mg IV Ahora			1/30															
Metoclopramida X 10 mg Iv Ahora			1/30															
Equipo Bomba X L 16			1/30															
Equipo Guretrol			1/30															
1 Extension de Anestesia			1/30															
Llave de 3 vias			1/30															
LR x 500cc a 200 cc/h			1/30															
MAÑANA			Pleg. Sauter															
TARDE																		
NOCHE																		

INVERSIONES CLINICA DEL META S
COPIA CONTROLAD
GESTION DE CALIDAD

4

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 29/06/12

NOMBRE Y PELLIDOS Maileny Sabogal Vogoya — **CAMA** — **Nº HISTORIA CLINICA** 40370255

Urgencias

FECHA Julio	25		26		27		28		29		30		31					
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Cystaflo Adulto	23/30																	
Jeringas X 1cc #2	23/30																	
Midazolam X 5 mg IV Ahora	24																	
Pancuronia X 4 mg IV Ahora.	24																	
DAD al 5% X 500c para Inf.	24/10																	
DAD al 5% X adm 115cc + 1 amp a 15 mcg	24/10																	
Bicarbonato de Sodio à 10mg /10mg # 10 amp			1/30															
MAÑANA																		
TARDE																		
NOCHE	Olga Sulbe																	

INVERSIONES CLINICA DEL META S.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 29/06/12

NOMBRE Y PELLIDOS: Marleny Sabogal Vagoya — CAMA — Nº HISTORIA CLINICA: 40370255

Urgencias

FECHA Julio.	25		26		27		28		29		30		31					
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Angiocath 4 #18	23/30																	
Equipo Bomba #3. XL 16	23/30																	
1 Buretrol	23/30																	
Lr x 1000 cc 2000 a en bolo	23/30																	
Electrodos Adultos #5.	23/30																	
Tubo endotraqueal #7.5	23/30																	
Circuito Ventilatorio Adulto	23/30																	
MAÑANA																		
TARDE																		
NOCHE	Aga Salez																	

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 29/06/12

NOMBRE Y PELLIDOS Harleny Sabogal Vogoya — Urgencias

CAMA

Nº HISTORIA CLINICA 40370255

FECHA Julio	25		26		27		28		29		30		31					
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Equipo Venoclisis	23/30																	
Sonda Nelaton # 16	23/30																	
Sonda Nelaton # 10	23/30																	
Manguera Silicona da	23/30																	
Liner Sucion	23/30																	
Sonda foley # 14	23/30																	
Lidocaina Jalea	23/30																	
MAÑANA																		
TARDE																		
NOCHE	Olga Sanchez																	

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 11-11-11

NOMBRE Y APELLIDOS: Marleny Sabogal (CX) | CAMA | Nº HISTORIA CLINICA: 40370255

FECHA 30-VII-12	30		31		1		2		3		4							
DROGA Y DOSIS	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M	A.M	P.M
Plasma A(+) Nº Bolsa 597423 S. calidad 1052160 CX		10:45																
Plasma A(+) Nº Bolsa 597481 S. calidad 1052185 CX		16:45																
MAÑANA																		
TARDE	1g MS																	
NOCHE																		

INVERSIONES CLINICA DEL META
HOJA DE MEDICAMENTOS

CODIGO: HC
FR: 12
FECHA: 11-11-11

NOMBRE Y APELLIDOS Marleny Saboyal CX | **CAMA** | **Nº HISTORIA CLINICA** 40370255

FECHA 30-VII-12

DROGA Y DOSIS	30 A.M	30 P.M	31 A.M	31 P.M	1 A.M	1 P.M	2 A.M	2 P.M	3 A.M	3 P.M	4 A.M	4 P.M	5 A.M	5 P.M	6 A.M	6 P.M	A.M	P.M
Caucho Succan Lamer 3000 (3) Lopez Electro CX		12:30																
SSN 100cc Jeringa 10cc Jeringa 20cc. CX		11:30																
Fentanilo 10cc. (3) CX		12:30																
Vercuronio CX		7:30																
Sulcomato de calcio 2mg 10ml CX		10:40																
Globulos Rojos A(+) 12 Bolsa 247060 calidad 429212 CX		5:40																
Globulos Rojos A(+) 246971 2 Bolsa 419960 calidad CX		6:40																
MAÑANA																		
TARDE																		
NOCHE																		

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA
HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA: 08-04-08

NOMBRES: Marleny | APELLIDOS: Saboga Bioya
ID: DD MM 50 AA | SEXO M: ☐ F: ☑ | HISTORIA: 40.370.255 | CAMA: 5
FECHA INGR: 25-07-12 | F. ACTUAL: 01-08-12 | DIAS ESTANCIA: 7
ARS: Nueva EPS. | PESO: 100 Kg: ☒ Gr: ☐ | TALLA: 160 cms | SC: 2m²
APACHE - II:
APS - 28: 30

TIPO DE UNIDAD

☑ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: P.O.P Laparostomía - Falla Ventilatoria.

PROBLEMAS: Shock Hipovolemico - Falla Renal.

LABORATORIOS

Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
5.3		Glicemia		Sodio	141.2		BT		TP	16.4			
16.0		Bun	24.6	Potasio	4.23		BD		INR	1.17			
31.56		Creatinina	5.43	Cloro	105.7		BI		TPT	31.1			
—	55%	Alb		Calcio	3.82		ALT		Fibrin				
—	45%	Proteinas T		Magnesio			AST		Plaq	98.			
				Fosforo			Falk						

Hora	

GASIMETRIA

TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bto	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
Art	7.38	44	80	97	25	1.7	-0.8	9.5	133 / 10	373 / 1.9	20 / 35	11 / 40			
Ven	7.39	45	42	78	26	2.5	-2.2	7.5							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA TAS	TAD	TAM	FC	PVC	PULMONAR TAS	TAD	TAM	MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD	PIA
7	38.7	115	62	79	137	4															
8	~~38~~ 38	146	67	104	120	3															
9	39.1	105	56	79	125	3															
10	39.3	142	68	87	134	4															
11	39.4	165	83	109	140	3															
12	39.3	176	80	119	157	4	T/S	Fc													
13	39.4	118	60	86	157	4	85/45	70													
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					

FORMULAS

SC=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
TAM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
IC=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
VS=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
IS=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
IRVS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
IRVP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS									TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS					TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
	Base 2 Ringer	Dextrosa	Meropenem			Vía Osmolite	H_2O					S/H	D/acum		R/G	Diuresis				
7	100	39	1							140	140	5	5				5	5	135	
8	100	39	1							140	280	-	5				-	5	275	
9	100	39	1							140	420	-	5				-	5	415	
10	100	39	1							140	560	-	5				-	5	555	GH
11	100	39	1							140	700	-	5				-	5	695	GH
12	100	39	1							140	840	-	5				-	5	835	GH
13	100	39	1							140	980	-	5				-	5	975	GH
14		↓																		
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
24																				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
TTL																				

BALANCES	
ADM	
ELIM	
BAL DIA	

PREVIO	38582 GH
ACUM	
GU	

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	(illegible)
TARDE	
NOCHE	

INVERSIONES CLÍNICA DEL MET
COPIA CONTROLA
GESTIÓN DE CALID

CONTROL NEUROLOGICO

Hora	Sedación Ramsay		Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion	Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
7			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
8			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
9			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
10			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
11			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
12			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
13			5 ↑	5 ↑	Coma	A	A	NO	1	1	1	3/15				
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
1																
2																
3																
4																
5																
6																

INFUSIONES

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1			
2	BASE L. Ringer	100 cc/h	Bolsa L. Ringer x 1.000cc.
3			
4	Noradrenalina.		
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1								
2	Atropina.	1mg	IV	Dosis	-	13h.		
3								
4	Adrenalina.	1mg	IV	Dosis		13h.		
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

FIRMA ENFERMERA JEFE

Nelson

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

LISTA CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
Cateter central Subc.	Derec.	→			25-07-12	7
Cateter yugular ascendente	derecha	→			26-07-12	6
Cateter Swan-Ganz						
Introductor Cateter arteria pulmonar						
Cateter arterial						
Drumm						
Venoclisis						
Sonda vesical		→			25-07-12	7
Introductor Marcapaso transv						
Marcapaso transvenoso						
Marcapaso epicardico						
Marcapaso transcutaneo						
Colostomia						
Ileostomia						
Laparostomia		→			26-07-12	6
[illegible]						
[illegible] T (coledoco)						
Sonda Nelaton	50G	→			25-07-12	7
Sonda punta tungsteno						
Tubo a torax						
Tubo mediastinal						
Pleurovac						
Tubo orotraqueal		→			25-07-12	7
Herida quirurgica						
Cateter Mahurkar						
Cateter CAPD						
Cateter ventriculostomia						
Hemodialisis						
Hemodiafiltración						
Hemoperfusión						
Plasmaféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			
Ecocardiograma			
Ecografia			
TAC			
RNM			
Rayos X			
Exámenes laboratorio			
Baño			
Cuidado ocular	✓		
Cambios posición y masaje	✓		
Curación			
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Vía Oral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA	
M	
T	
N	

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	6 AM	180 mg/dl			
		12	220 mg/dl			
Inicia	↑					
Cambio	▲					
Suspen	↓					

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Vp x 1000cc	1			
Noradrenalina amp x 4mg	16			
Jeringa x 20 ml	5			
DAN 5% x 250	1			
Epitrol	1			
Protector XL	1			
Jeringa 10cc	5	5	10	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h

CAMBIOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
Supino - DLI			✓																				
Supino - DLD						✓																	
Supino - Sedente																							
Supino - Prono																							
Sedente - Bipedo																							
Marcha habitacion																							
Inclinacion de Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX			VMNI		VMI									#	DIST	PRES	TRAQ
			CN	MASC	FIO2	EPAP	IPAP	MODO	FR vent	PS	PEEP	VT prog/tot	PIM	Fpico	Ppl	PMVA	Dist	TOT	COM	MANG	
7	16	99			60/			SIMV	14	8	6	600/542	26	60	-	13	-	80	22		
8	16	99																			
9	16	99																			
10	14	100																			
11	14	99																			
12	19	93																			
13	14	99																			
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					

FORMULAS

FI= PaO2/FiO2
O2=((PB-47)*FIO2)-(PaCO2/0,8)
O2=(1,34*HB*SAtaO2)+(0,0031*PaO2)
O2=(1,34*HB*SAtvO2)+(0,0031*PvO2)
O2=(1,34*HB*0,99)+(0,0031*PAO2)
vO2=CaO2-CvO2
TO2=(DavO2)/CaO2
UNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
2=GC*CaO2*10
2=IC*CaO2*10

VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
Dif=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales
v=venosos
y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Cristina-Astrid
TARDE	Claudia-Sonia
NOCHE	

	M	T	N
Terapia respiratoria	/		
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación			
Transporte			
Aseo bucal	/		

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA

HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA:08-04-08

NOMBRES: Marlyn | APELLIDOS: Sabogal
EDAD: DD | MM 50 AA | SEXO M: ☐ F: ☒ | HISTORIA: 40370255 | CAMA: 14
FECHA INGR: 25/07/12 | F. ACTUAL: 25/07/12 | DIAS ESTANCIA: 0
EPS/ARS: Nueva EPS | PESO: 100 Kg: ☒ Gr: ☐ | TALLA: 1.60 cms | SC: 2m²
APACHE - II | TIPO DE UNIDAD
SOFA - 28: 32

☒ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: POP Lipectomia - falla Ventilatoria -

PROBLEMAS:

LABORATORIOS

	Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
	4.3		Glicemia		Sodio	138		BT		TP	19.6			
	15.9		Bun	18.3	Potasio	5.2		BD		INR	1.4			
uc	44		Creatinina	1.5	Cloro	105		BI		TPT	58.1			
utr	74.9		Alb		Calcio	4.5		ALT		Fibrin				
f			Proteinas T		Magnesio			AST		Plaq	254			
y					Fosforo			Falk						

Hora	
G	
G	
eO	
ltivo	Dimero D: 974 ng/ml

GASIMETRIA

ORA	TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bic	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA			FC	PVC	PULMONAR			MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ										
		TAS	TAD	TAM			TAS	TAD	TAM	PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
1																				
2	34.4	70	40	51	111	↑														
3	34.2	97	49	60	117	17														
4	34.3	89	56	67	115	18														
5	35.0	79	45	56	118	16														
6	34.2	65	65	76	124	16														

FORMULAS

SC=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
TAM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
IC=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
VS=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
IS=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
IRVS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
IRVP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS: Pasaje Clexane	Dipirona	Levodropropizina	Bromhexina	Jarabe	Ambroxol	Midazolam				TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS: D/H	D/A	Z/6		Dren		TOTAL HORA	ACUM	BALANCE
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
24																					
1	↑				↑																
2	500	38	42	20	300	↑	↑				900	900	20	20					20	20	88
3	500	38	42	20	300	7	1				908	1808	20	40					20	40	176
4	500	38	42	20	↓	7	1				608	2416	10	50					10	50	236
5	500	38	42	20	300	7	1				908	3324	20	70					20	70	325
6	500	38	39	20	↓	7	1				605	3929	10	80			50		60	130	379
TTL	2500	43	207	100	900	28	4				3929	=	80	=					130	=	

BALANCES	
ADM	3929
ELIM	130
BAL DIA	3799

PREVIO	
ACUM	3799
GU	0,16

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	

COPIA CONTROLADA
INVERSIONES CLÍNICA
COPIA CONTI
GESTIÓN DE

CONTROL NEUROLOGICO

	Sedación Ramsay		Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia		Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion		Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
1																		
2	—		4h	4h	coma		A	A	—		1	1	1	3/15				
3																		
4	A		4h	4h	B/bod		A	A	—		1	1	1	3/15				
5																		
6	A		4h	4h	B/bod		A	A	—		1	1	1	3/15				

INFUSIONÉS

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1			
2	Lactato Ringer	500cc x h	Bolsa x1000
3			
4	Dopamina	titulada	2amp Dopamina /125 DAD5/.
5			
6	Noradrenalina	titulada	2amp Noradrenalina /125DAD5/.
7			
8	fentanyl	70mcg/h	2amp fentanyl + 80cc SSN
9	Midazolam	1mcg/h	ampollas puras
11			
12			
13			
14			
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1	METILPREDNISOLONA	125mg	EV	c/8h			04	26-07
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

FIRMA ENFERMERA JEFE

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA

LISTA CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
ateter central	sub dlv			→	25/07/12	0
Cateter yugular ascendente						
Cateter Swan-Ganz						
Introductor Cateter arteria pulmonar						
Cateter arterial						
Drumm						
Venoclisis						
Sonda vesical				→	25/07/12	0
Introductor Marcapaso transv						
Marcapaso transvenoso						
Marcapaso epicardico						
Marcapaso transcutaneo						
Colostomia						
Ileostomia						
Laparostomia						
Dr...						
...n T (coledoco)						
Sonda Nelaton	506 →				20/07/12	0
Sonda punta tungsteno						
Tubo a torax						
Tubo mediastinal						
Pleurovac						
Tubo orotraqueal				→	25/07/12	0
Herida quirurgica						
Cateter Mahurkar						
Cateter CAPD						
...ter ventriculostomia						
Hemodialisis						
Hemodiafiltración						
Hemoperfusión						
Plasmaféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			
Ecocardiograma			
Ecografia			
TAC			
RNM			
Rayos X			
Exámenes laboratorio			
Baño			
Cuidado ocular			✓
Cambios posición y masaje			✓
Curación			
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Via Oral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA	
M	
T	
N	

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	02	445 mg/dl			
Inicia	↑	6	319 mg/dl			
Cambio	▲					
Suspen	↓					

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Bicarbonato amp			5	
Cateter Foley			1	
Sonda Nasogastrica			1	
Tuvadren			1	
Hoja bistury			1	
Curagel x 10cc			1	
Eq PDL			1	
Eq monoguiado			1	3
Lactato Ringer 1000			1	
Ranitidina amp			1	
Solucion x 250			1	
Midazolam amp			10	
Eq xl			1	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
3-5 NY Spo2c	2	1	3	
Eq xl Fotosimbolo			1	
Burrtrol		1	1	
Hoja bistury	3	3	1	
Jeringa x 20			1	
Buscapina amp		10	1	
Sonda Foley in fib			1	
Dexametasona amp			1	
Electrodos			1	
Xenocaina # 20	N		1	
Eq transfusion			1	
Sangre 1 unidades			1	

CAMBIOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
...upino - DLI																							
...upino - DLD																							
...upino - Sedente																							
...upino - Prono																							
...edente - Bipedo																							
...habitacion																							
...clinacion de Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX			VMNI		VMI										#	DIST	PRES	TRAQ
			CN	MASC	FIO2	EPAP	IPAP	MODO	FR vent	PS	PEEP	VT prog/tot	PIM	Fpico	Ppl	PMVA	Dist	TOT	COM	MANG	
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
1																					
2	19	94			100%			SIMV	14/23	12	10	700/553	22	80		19		25	21		
3	23	92																			
4	19	93																			
5	14	96																			
6	2	91																			

FORMULAS

PAFI= PaO2/FiO2
PAO2=((PB-47)*FIO2)-(PaCO2/0,8)
CaO2=(1,34*HB*SAtaO2)+(0,0031*PaO2)
CvO2=(1,34*HB*SAtvO2)+(0,0031*PvO2)
CcO2=(1,34*HB*0,99)+(0,0031*PAO2)
DavO2=CaO2-CvO2
EXTO2=(DavO2)/CaO2
SHUNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
DO2=GC*CaO2*10
IDO2=IC*CaO2*10
VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales, v=venosos, y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	[illegible]

	T	M	T	N
Terapia respiratoria				✓
Micronebulización				
Cambio TOT				
Intubación				
Extubación				
Transporte				
Aseo bucal				✓

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA

HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI
FR: 01
FECHA: 08-04-08

OMBRES	Marleny	APELLIDOS	Saboyal				
JAD: DD	MM 00 AA	SEXO M: ☐ F: ☒	HISTORIA	40370255	CAMA	14	
ECHA INGR:	25/07/12	F. ACTUAL	26/07/12	DIAS ESTANCIA	1		
PS/ARS	Cuasa EPS	PESO	100 Kg: ☒ Gr: ☐	TALLA	1.60 cms	SC:	2m2
PACHE - II							
ISS - 28	32						

TIPO DE UNIDAD

☒ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS	POP Lipectomia – falla Ventilatorio
BLEMAS	

LABORATORIOS

	Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
			Glicemia		Sodio			BT		TP				
Hto			Bun		Potasio			BD		INR				
Leuc			Creatinina		Cloro			BI		TPT				
Neutr			Alb		Calcio			ALT		Fibrin				
Linf			Proteinas T		Magnesio			AST		Plag				
Cay					Fosforo			Falk						

	Hora	
EKG		
RG		
PdeO		
Cultivo		

GASIMETRIA

HORA	TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bto	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
8:00	Arterial	6.87	41	80	89	6.9	-22			79 / 63	20 / -60	41 / 24	40			
10:00	Cuasa	6.48	99	92	99	6.9	-22									

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS										TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS					TOTAL HORA	ACUM	BALANCE
	Bolo Cristal	Lactato Ringer	Dipirona	Fentanyl	Midazolam	Bicarbonato	Plasma	Vasopresina					D/H	D/A	K/G	G.P.	Hemoact			
7	500	33	38	7	3	20					601	601	20	20				20	20	581
8	500	33	38	7	3	20	↑				601	1202	20	40				20	40	1162
9	500	33	19▲	7	3	20	200				982	2184	10	50				10	50	2134
10	200	19▲	9▲	10▲	5▲	20	600	↑			863	3047	5	55				5	55	2992
11	200	19	9	10	5	20	↓	A			267	3314	—	55				—	55	3259
12	200	19	9	10	5	20		A			267	3581	—	55				—	55	3526
13	200	19	9	10	5	20		4			267	3848	—	55				—	55	3793
14	200	19	9	10	5	20	Tramadol	4.	↑		267	4115	5	60				5	60	4055
15	200	19	9	10	5	20		4.			267	4382	10	70	*			10	70	4312
16	200	19	9	10	5	↓	↑	4.	200	↑	547	4929	—	70				—	70	4859
17	200	19	9	10	5		21			500	764	5693	—	70	*			—	70	4994
18	200	19	9	10	5		21		300	↓	564	6257	—	70				—	70	4994
19	200	19	9	10	5		21		↓		264	6521	—	70	*			—	70	4945
20	PTG		EN		EX						—	6521	—	70			70	70	140	6381
21	PTG		EN		EX						—	6521	—	70				—	140	6381
22	200	19	10	10	5		21	4	300		269	6790	20	90				20	960	6630
23	200	19	10	10	5	Vance/morfina	21	4	300		269	7059	10	100				10	170	6889
24	200	19	10	10	5		21	4	900ml/4h	1000	1669	9328	10	110				10	180	9148
1	200	19	10	10	5		21	4	600 Fuera		869	10197	10	120				10	190	10007
2	200	19	10	10	5	30	21	4	2		301	10498	10	130				10	200	10298
3	200	19	10	10	5	30	21	4	2		311	10809	5	135				5	205	10604
4	200	14	10	10	5	50/30	21	4	2		351	11160	10	145				10	215	10945
5	200	18▲	10	10	5	50/↓	21	4	2		330	11490	5	150				5	220	11270
6	200	28	10	10	5		21	4	2		280	11770	5	155				5	225	11545
TTL	3900	478	275	211	104	370	1752	61	220	1500	11770	—	155	—			70	225	—	

BALANCES	
ADM	11770
ELIM	225
BAL DIA	11545

PREVIO	39796
ACUM	155240
GU	0.06 cal

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	Yonda
TARDE	Diana
NOCHE	Cesar

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S
COPIA CONTROLAD
GESTIÓN DE CALIDAD

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA TAS	TAD	TAM	FC	PVC	PULMONAR TAS	TAD	TAM	MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI
7	35.3	97	62	75	119	17													
8	35.3	110	62	85	127	17													
9	35.4	128	55	66	130	18													
10	35.6	113	85	106	134	18													
11	35.8	97	59	67	132	19													
12	35.8	115	83	107	131	19													
13	36.0	120	77	87	130	18													
14	36.4	112	77	86	130	17													
15	36.7	108	78	100	131														
16	36.4	116	85	102	132														
17	36.6	133	71	96	133														
18	36.2	143	75	107	135	22													
19	36.4	120	70	104	132	20													
20	36.4	?	Hb	en	cx	=													
21	37.0	?	Hb	en	cx	=													
22	36.0	113	38	98	124	=													
23	36.5	136	61	98	124	=													
24	36.5	125	50	78	121	=	LA	68	57	63									
1	36.7	107	64	78	124	19		66	57	60									
2	36.1	99	51	70	120	22													
3	36.4	92	39	56	118	=													
4	36.9	83	44	72	122	/													
5	36.9	93	47	66	127	/													
6	36.5	100	46	75	123			67	47	55									

FORMULAS

SC=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
TAM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
IC=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
VS=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
VS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
IRVP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,

CONTROL NEUROLOGICO

Hora	Sedación Ramsay	Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion	Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
7															
8		5h	5h	B/sedac	A	A	—	1	1	2	4/15				
9															
10		5h	5h	B/seda	D	D	—	1	1	2	4/15				
11															
12		5L	5h	B/seda	D	D	—	1	1	2	4/15				
13															
14		5H	5H	B/s	D	D	—	1	1	2	4/15				
15															
16		5H	5H	B/S	D	D	—	1	1	2	4/15				
17															
18		5N	5H	B/Se	D	D	—	1	1	2	4/15				
19															
20	Sedes	de	cno												
21															
22	G	4H	4H	B/del	D	D	no	1	1	1	3/15				
23															
	G	4H	4H	B/del	D	D	no	1	1	2	4/15				
1															
2	S	4H	4H	B/del	D	D	no	1	1	2	4/15				
3															
4	S	4H	4H	B/del	D	D	no	1	1	2	4/15				
5															
6	S	4H	4H	B/del	D	D	no	1	1	2	4/15				

INFUSIONES

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1			
2	Bolsa L. Ringer	500cc x h	Bolsa x 1000ml
3			
4	Dopamina	20mcg/h	2amp Dopamina / 125 DAD 5%
5			
6	Noradrenalina	0.5mcg/h	2amp Noradrenalina / 125 DAD 5%
7			
8	Fentanyl	10mcg/h	
9			
	Midazolam	3mcg/h	
11			
12	Vasopresina	4 unds / h.	2 amp Vasopresina + 36cc SSN
13			
14	Nacrina	21cc/h.	100 mg famina en 500cc de SSN.
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1	HBPM	40u	SC	c/12h				26-02
2								
3	Nacrina	100mg	IM	c/12h				26-02
4								
5	Ranitidina	50mg	IV	c/8h	10	18	02	26-02
6								
7	Albendazol	400mg	200	c/12h	10			26-02
8								
9	Meropenem	2gr	IV	c/8h	10	18	02	26-02
10								
11	Vancomicina	1gr	IV	c/12h		16	04	26-02
12								
13								
14								
15								
	FIRMA ENFERMERA JEFE				Victor	Victor		

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

A CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
er central	506 dlV	→	→	→	25/07/12	1
er yugular ascendente						
er Swan-Ganz						
luctor Cateter arteria pulmonar						
er arterial				→	26-07-12	1
m						
clisis						
da vesical		→	→	→	25/07/12	1
luctor Marcapaso transv						
apaso transvenoso						
apaso epicardico						
apaso transcutaneo						
stomia						
omia						
rostomia						
T (coledoco)						
a Nelaton	506	→	→	→	25/07/12	1
a punta tungsteno						
a torax						
mediastinal						
ovac						
orotraqueal		→	→	→	25/07/12	1
a quirurgica						
er Mahurkar						
er CAPD						
er ventriculostomia						
odialisis						
odiafiltración						
operfusión						
haféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			
Ecocardiograma			
Ecografia Mlqd	V	1	
TAC			
RNM			
Rayos X			
Exámenes laboratorio			
Baño			
Cuidado ocular	V	V	=
Cambios posición y masaje	V	X	=
Curación			
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Via Oral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA

M	
T	
N	

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	insulina	SC	EV
Viene	→	05	319 mg/dl			
		18	141 mg/dl			
Inicia	↑	24	100 mg/dl			
Cambio	▲	06	108 mg/dl			
Suspen	↓					

TA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
E/ macro			2	
oractanalina	8		11	
DAD 5% x 250ml	1			
Dopamina	A	4		
Plasma 5 unidades	5		5	
fentanyl	2		2	
midazolam	4		15	
Equipo transfusion.	4		4	5
uretrol	1	1	L	
Equipo x L.	1	1	L	
SSN x 250	1			
Vasopresina	2	3	E	
20 cc	10	10	10	
2 x 20 cc	1			
Jeringa 10 cc	1			
Transurh			40	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Globulos Rojos		1	L	
Equipo trasfundir		1	☒	
Terumo		1		
Nuve 3 vio	3	1	1	
SSN x 500 cc		1		
DAD 5% 500 x		1		
Lactato Ringer 1000	3	1	4	
Hidrotolcam		10		
SSN 250		1		
Jeringa 10		10		
SSN x 1000 cc			1	
Equipo transfu ✓				
Yelko 22 #		1		
Yelko 18 #		1		
Yelko 20 #		1		
Equipo Foto Sencilla			1	

BIOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
no - DLI					✓																		
no - DLD			✓				✓																
no - Sedente	✓																						
no - Prono																							
nte - Bipedo																							
ha habitacion																							
acion de Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX CN	OX MASC	OX FIO2	VMNI EPAP	VMNI IPAP	VMI MODO	VMI FR vent	VMI PS	VMI PEEP	VMI VT prog/tot	VMI PIM	VMI Fpico	VMI Ppl	VMI PMVA	VMI Dist	# TOT	DIST COM	PRES MANG	TRAQ
7	17	95			100%			SIMV	14	12	10	700/720	32	80	-	17	-	7.5	20		
8	21	92																			
9	21	96																			
10	20	97																			
11	21	96																			
12	19	93																			
13	19	93			60%																
14	20	96			70			SIMV	14/20	R14	A12	500/485	27	80	30	16					
15	20	96																			
16	18	99																			
17	20	97																			
18	22	97																			
19	18	96																			
20	Sobs	Cx																			
21	Sobs	Cx																			
22	19	94																			
23	21	95																			
24	20	96																			
1	21	98																			
2	21	99																			
3	21	96																			
4	19	97																			
5	21	98																			
6	22	97																			

FORMULAS

PAFI= PaO2/FIO2
PAO2=((PB-47)*FIO2)-(PaCO2/0,8)
CaO2=(1,34*HB*SAtaO2)+(0,0031*PaO2)
CvO2=(1,34*HB*SAtvO2)+(0,0031*PvO2)
CcO2=(1,34*HB*0,99)+(0,0031*PAO2)
DavO2=CaO2-CvO2
EXTO2=(DavO2)/CaO2
SHUNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
DO2=GC*CaO2*10
IDO2=IC*CaO2*10
VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales, v=venosos, y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Cristina - Sandra
TARDE	Jessica B - Angelo
NOCHE	

	M	T	N
Terapia respiratoria	✓	✓	
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación			
Transporte			
Aseo bucal	✓	✓	

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA
HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA: 08-04-08

NOMBRES: marleny | APELLIDOS: Sabogal
EDAD: DD MM 56 AA | SEXO M: ☐ F: ☒ | HISTORIA: 40220255 | CAMA: 14
FECHA INGR: 25-07-12 | F. ACTUAL: 27-07-12 | DIAS ESTANCIA: 2
EPS/ARS: Nueva EPS | PESO: 100 Kg: ☑ Gr: ☐ | TALLA: 160 cms | SC: 2m
APACHE - II:
TISS - 28: 40

TIPO DE UNIDAD

☒ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: Pos. Lipectomia - Falla Ventilatorio

PROBLEMAS:

LABORATORIOS

	Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
						529m	256	m						
Hb			Glicemia		Sodio	146	145	BT		TP				
Hto			Bun		Potasio	4.3	6.3	BD		INR				
Leuc			Creatinina		Cloro	101	102	BI		TPT				
utr			Alb		Calcio	0.65	0.74	ALT		Fibrin				
Linf			Proteinas T		Magnesio			AST		Plaq				
Cay					Fosforo			Falk						

	Hora	
EKG		
EKG		
PdeO		
Cultivo		

GASIMETRIA

GA	TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bto	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
4:00	Art	7.23	34	70	96%	14.7	-12.3		10.4	100 / 11.8	456					
6:38	ART	7.23	32	81	95%	14.4	-12.6			163						
10:29	ART	7.24	30	93	97	13.7	-13			188						
10:56	Ven	7.22	47	48	86	18	-7.5									
11:00	Arterial	7.28	59	58	91	25	1.1			58						
5:20pm	A	7.31	48.2	126	98	27.6	2.1	5.0	13.9	127 / 15.6	500 / 1.6	11.5 / 51	- / -			7.17
	V	7.32	48.6	52	88	28.2	1.2	3.8	12.3							8.52
5:20pm	V	7.47	31.7	39.9	82	24	0.6									

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA TAS	TAD	TAM	FC	PVC	~~PULMONAR~~ Arteria TAS	TAD	TAM	MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD	PIA
7	37,1	85	47	62	121		75	51	62												
8	37,8	102	58	70	122		60	33	41												
9	37,6	144	55	86	137		90	64	76												
10	37,5	110	62	72	151																
11	37,3	61	54	67	142	20															10
12	37,2	141	123	131	121	10	79	52	61												
13	37,2	166	81	109	106	13															
14	38,5	104	61	82	106	17															
15	38,5	130	74	96	107	21		60/35/40													
16	38,7	119	66	78	99	16															
17	38,7	103	66	78	99	19															
18	39	92	59	69	101	17															
19	39	90	60	70	95	16															
20	38,7	112	72	88	96	18															
21	38,9	161	85	112	119	20															
22	38,7	105	63	77	104	16															
23	38,9	120	70	86	103	15															
24	38	116	77	99	105	14															
1	37,6	140	60	101	103	14															
2	37,4	152	79	102	101	14															
3	37,7	157	80	104	100	14															
4	37,2	142	74	94	96	13															
5	36,8	153	79	101	92	10															
6	37,1	155	80	103	92	10															

FORMULAS

SC=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
TAM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
IC=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
VS=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
IS=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
IRVS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
IRVP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

NVERSIONES CLÍNICA DEL
COPIA CONTROLADA

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS: Agua Bombas	Noradrenalina [4]	Dopamina [2]	Fentanil	Midazolam	Vasopresina	Vancomicina Bombas	Meropenem Bombas	Furosemida BAD	Plasma	TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS: D/H	D/A	TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
7	200	28	10	10	5	4	=	=	2	21	280	280	5	5	5	5	275	
8	100	28	10	10	5	4			2	21	180	460	-	5	-	5	455	
9	200	28	9	10	5	↓	↑	↑	↓	21	273	733	-	5	-	5	728	
10	200	28	9	10	↓		200	500	BAD DAÑO	21	968	1701	-	5	-	5	1696	
11	200	28	9	15	300 ↑	200 ↑	400			21	673	2374	-	5	-	5	2369	0.2 c/5
12	200	28	9	15	600	300	↓			21	1173	3547	70	75	70	75	3472	
13	200	28	9	15	↑	300		↑	Vomito	21	573	4120	120	195	120	195	3925	
14	200	5	6	15	600	↓		30	↓	↓	856	4976	-	195	-	195	4781	
15	200	5	6	15	600			30	500		1356	6332	30	225	30	225	6302	
16	200	5	6	15	↓		↑	30	500		756	7088	-	225	-	225	6863	
17	200	5	7	15			30	↑	↓		257	7345	-	225	-	225	7120	
18	200	5	7	15			30	30			287	7632	10	235	-	235	7397	
19	200	5	7	15		↑	30	30			287	7919	-	235	-	235	7684	
20	200	5	7	15		600	↓	30			857	8776	-	235	-	235	8541	
21	200	5	7	15	↑	600		↓			827	9603	-	235	-	235	9368	
22	↓	9	↓	15	600						615	10218	-	235	-	235	9983	
		7		15	600						622	10840	-	235	-	235	10605	
24		7		15	600						622	11471	-	235	-	235	11236	
1	↑	7		15	↓						22	11493	20	255	20	255	11238	
2	200	7		15			Vomito	30			252	11745	-	255	-	255	11490	
3	200	7		15			↑	30			252	11997	-	255	-	255	11742	
4	200	7		15			30	30			282	12279	-	255	-	255	12024	
5	200	7		15			30				252	12531	10	265	10	265	12266	
6	200	7		15			30				252	12783	-	265	-	265	12253	
TTL	3900	301	110	340	3105	1800	780	770	1004	147	12783							

BALANCES	
ADM	12783
ELIM	265
BAL DIA	12253

PREVIO	15524
ACUM	27777
GU	0,1 c/kg

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	Escarlet
TARDE	Diana
NOCHE	Diana

COPIA CONTROLADA
INVERSIONES CLÍNICA DEL
COPIA CONTRO
GESTIÓN DE C

CONTROL NEUROLOGICO

	Sedación Ramsay	Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion	Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
7															
8	5	4H	4H	Bien	D	D	no	1	1	2	4/15				
9															
10	5	4H	4H	Bien	D	D	no	1	1	2	4/15				
11															
12	5	4H	4H	Bien	D	D	no	1	1	2	4/15				
13															
14	5	4A	4H	Bien	D	D	NO	1	1	2	4/15				
15															
16	~~5~~	4H	4H	Coma	A	A	-	1	1	2	4/15				
17															
18	~~5~~	4H	4H	Coma	A	A	-	1	1	2	4/15				
19															
20	-	4H	4H	Coma	A	A	-	1	1	2	4/15				
21															
22	-	4H	4H	Coma	A	A	-	1	1	2	4/15				
23															
		5	5	coma	A	A	-	1	1	1	3/15				
11	-														
12		5	5	coma	A	A	-	1	1	1	3/15				
13															
14	-	5	5	coma	A	A	-	1	1	1	3/15				
15															
16	-	5	5	coma	A	A	-	1	1	1	3/15				

INFUSIONES

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1			
2	Base 2 Kg x	200 cc/h	Bolsa x 1000 cc
3			
4	Dopamina	10 mcg/kg/h	2 amp. Dopamina en 125 cc de SSN
5			
6	Noradrenalina	0,1 mcg/kg/h	4 amp. Noradrenalina en 125 cc de SSN
7			
8	Fentanest	100 mcg/H	2 amp. de Fentanyl
9			
	midazolam	3 mg/h	Puras.
11			
12	Vasopresina	4 unidades	2 amp. en 40 cc
13			
14	Tiamina	2 cc/h	
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1	Vancomicina -	1 Fx	IV.	q12h		16	04	26-07
2								
3	Levofloxacino	250 cc	IV	q24h	11-12	18	02	25
4								
5	Furosemida	40 mg	IV	c/12h	11+00			25/7
6								
7	Meropenem	2 gr	IV	c/8h	11+30	18	02	25/7
8	Bicarbonato	4 gr	mg	4 + 20 mg	11:00			
9	HBPM	40	SC	K/24	10 ✓			20/7
10	Ranitidina	50 mg	IV	c/8h	10	18	02	26/07
11	Pavulon	10 mg	IV	c/8h	10:00			
12								
13	Furosemida	40 mg	IV	—	12 horas	—	12 horas	
14	Bicarbonato de sodio	4 gr	mEq	IV	—	12 horas	—	12 horas
15	Pavulon 8 mg (4 mg c/ 1 min)		IV		—	12 horas	—	12 horas

FIRMA ENFERMERA JEFE

QUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
	Sub Dcha	→	→	→	25-07-12	2
r ascendente	Yugular	-	→	→	27-07-12	1
Ganz						
eter arteria pulmonar						
		→	→	→	26-07-12	1
l		→	→	→	25-07-12	2
rcapaso transv						
nsvenoso						
cardico						
nscutaneo						
edoco)						
	SOG	→	→	→	25-07-12	2
ngsteno						
al						
al		→	→	→	25-07-12	2
ca						
ar						
ulostomia						
ón						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			
Ecocardiograma			
Ecografia			
TAC			
RNM			
Rayos X			
Exámenes laboratorio			
Baño			
Cuidado ocular	✓	✓	✓
Cambios posición y masaje	✓	✓	✓
Curación			
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Via Oral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA

M
T
N

NOTA

5 compresas adentro y 3 compresas afuera engasadas c/8h

O.M

Verbal Ortopedia 15pm Dr Cuervo ordena apagar npa paina pte Hipotenso - 15/30 pm se inicia nadd paina nuevamente pte Hipotenso Diana.

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	6	104 mg/dl			
Inicia	↑	12	213 mg/dl			
		18	119 mg/dl			
Cambio	▲	03:00	126 mg/dl			
Suspen	↓	6	139 mg/dl			

EO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
V unidades				
no unidades				
inación				9
vaut				2
				4
onato amp	60	12 amp		
to Ringer 1000		1		

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Cefotaxima trifusco	1			
Dopamina		6	1	7
Introductor	1			
DAO 250 5%		5		
Hoja bisturi		3		
Electrodos			6	
Trampolin Abbot	1			
Transductor	1			
Fentanyl Amp.	6			
Sulfa 2-0	7			
Naradenil Amp.	8	8	10	
Aminoxeo	1	1		
SSN x 1000cc	1			
Dan Gen 2	1			

5-SSN x 500cc pendios que. 5

E POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
	/		/		X				X				X				X				X		
							X								X				X				V
nte											X												
o																							
edo																							
cion																							
Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROL ADM.

HORA	FR pct
7	21
8	26
9	24
10	21
11	24
12	19
13	19
14	30
15	25
16	21
17	19
18	20
19	18
20	19
21	20
22	19
23	26
24	24
1	18
2	20
3	21
4	18
5	20
6	23

PAFI= Pa
PAO2=((
CaO2=(1
CvO2=(1
CcO2=(1
DavO2=(
EXTO2=(
SHUNT=
DO2=GC
IDO2=IC

MONITOREO RESPIRATORIO

Sat O2	OX			VMNI		VMI										#	DIST	PRES	TRAQ
	CN	MASC	IFIO2	EPAP	IPAP	MODO	FR vent	PS	PEEP	VT prog/tot	PIM	Fpico	Ppl	PMVA	Dist	TOT	COM	MANG	
96			50%			SIMV + PS	14	14	14	600/613	29	80	—	19.		75	22		
93																			
92																			
95																			
92																			
98			100%			SIMV	14	14	12	660/668	32	80	—	22		75	22		
98																			
98							1200			1700	ORDEN DIFERENTE.								
98																			
97																			
99																			
99			100%			SIMV	20	14	10	700/693	39	80	30	31					
99																			
97																			
96																			
97																			
96																			
91																			
97																			
94																			
95																			
94																			

FORMULAS

IO2	VO2=GC*DavO2*10
7)*FIO2)-(PaCO2/0,8)	IVO2=IC*DavO2*10
B*SATaO2)+(0,0031*PaO2)	H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
B*SATvO2)+(0,0031*PvO2)	GAP=Na-(Cl+Bto)
B*0,99)+(0,0031*PAO2)	ΔGAP=12-GAP
CvO2	ΔBto=24-Bto
I2)/CaO2	DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L
=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)	
2*10	Tipo de gases: a=arteriales
*10	v=venosos
	y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Liz - Jenny
TARDE	Cristina - Sandra
NOCHE	Jessica - Angela

	M	T	N
Terapia respiratoria	✓	✓	✓
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación		✓	
Transporte	✓	✓	✓
Aseo bucal	✓	✓	✓

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA
HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA: 08-04-08

NOMBRES: Marleny. APELLIDOS: Sabogal
DD: MM: 50 AA: SEXO: M: ☐ F: ☒ HISTORIA: 40370255 CAMA: 14.
FECHA INGR: 25.07.12 F. ACTUAL: 28.07.12 DIAS ESTANCIA: 3.
ARS: Nuevo CPS. PESO: 100 Kg: ☒ Gr: ☐ TALLA: 1.60 cms SC: 2,1
APACHE - II
SOFA - 28: 41.

TIPO DE UNIDAD

☒ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: Pop lipectomia - Falla Ventilatoria.

PROBLEMAS:

LABORATORIOS

Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
11.9		Glicemia	111	Sodio	144.6		BT	38.5	TP				
36.2		Bun	65	Potasio	4.1		BD	6.5	INR				
80.4		Creatinina	4.06	Cloro	105.6		BI	10.9	TPT				
93		Alb		Calcio	3.2		ALT	248	Fibrin				
4.9		Proteinas T		Magnesio			AST	1451	Plaq	484000			
				Fosforo			Falk						

Hora	

GASIMETRIA

TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bto	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
Art	7.47	27	85	97	22	-2.0	0.8	229	142 / 23	394 / 1.5	6.5 / 48	4 / 46			8.9
Ven	7.46	26	54	91	21	-3.1	0.2	20							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

	SISTEMICA					PULMONAR			MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ										
MP	TAS	TAD	TAM	FC	PVC	TAS	TAD	TAM	PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD	PIA
9	147	77	98	89	11															
0	136	74	92	86	9															
9	142	83	101	85	6															
6	140	75	98	85	8															
6	143	82	100	82	5															
1	159	86	110	115	3															
2	141	82	100	105	3															
3	133	80	97	100	3															
6	134	83	100	101	4															
3	149	86	106	99	13															
	160	94	114	108	9															
3	164	96	123	104	10															
7	180	98	128	100	11															
	189	100	129	119	10															
	190	102	139	121	10															
	164	96	116	113	13															
	117	86	106	115	10															
	114	71	84	116	13															
	117	69	85	120	9															
	111	84	104	124	10															
	116	80	114	121	7															
	137	86	96	130	11															
	114	69	84	120	9															
	124	90	121	130	8															

FORMULAS

KG)+TALLA(CMS)-60)/100
-TAD)/3)+TAD)
N=2,5-4,0 ml/min/m2)
*1000 (N=50-62 ml/min)
000 (N=40-60 ml/sist/m2)
1-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
AP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN
ALIDAD

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

HORA	ADMINISTRADOS										TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS						TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
	L. Ringer	Novodrip	Ranitidina	Manitol	Heroe	Dopamina	Fenilefrina	Bolo Ringer	Plaquetas	Plasma			O/H	O/A		U/E						
7	200	5	15								220	220	-	-					-	-	220	
8	200	5	15								220	440	—	—					—	—	440	
9	200	5	15								220	660	10	10					10	10	650	
10	200	8	15		↑						220	880	—	10					—	10	870	
11	200	5	15		30						250	1130	10	20					10	20	1110	0.03
12	200	5	15		30	↑	↑				250	1380	5	25					5	25	1355	
13	200	3	15		30	11	2	500			761	2141	-	25					—	28	2116	
14	200	3	15		↓	11	2		↑		231	2372	5	30					5	30	2342	
15	200	3	15		1	11	2		300		532	2904	2	32					2	32	2872	
16	200	3	15		1	11	2		↓		232	3136	4	36					4	36	3100	
17	200	3	15		1	11	2			↑	232	3368	5	41					5	41	3327	
18	200	2	15		30	11	2			1200	1460	4828	10	51					10	51	4777	
19	200	2	15		30	11	2			↓	260	5088	5	56					5	56	5032	
20	200	2	15		30	11	2				260	5348	10	66					10	66	5282	
21	200	2	15		1	11	2				231	5579	10	76					10	76	5503	
22	200	1	15		1	11	2				230	5809	10	86					10	86	5723	
23	200	2	15		1	11	2				231	6040	30	116					30	116	5924	
24	200	2	15		1	11	2				231	6271	20	136					20	136	6135	
1	200	2	15		30	11	2				260	6531	30	166					30	166	6365	
2	200	2	15		30	11	2	4	4		260	6791	5	171		2500			2505	2671	4120	
3	200	2	15		30	11	2	90	250		600	7391	10	181					10	2681	4710	
4	200	2	15		↓	11	2	↓	↓	↑	230	7621	15	196					15	2696	4925	
5	200	2	15		1	11	2	—	—	1200	1432	9053	10	206					10	2706	1274	
6	200	2	15		1	11	2	—	—	↓	231	9284	15	221					15	2721	2490	
TTL	4800	70	360		280	198	36	590	550	2400		9284										

BALANCES	
ADM	9284
ELIM	2721
BAL DIA	24906

PREVIO	27777
ACUM	25287(6)
GU	0.09 c/H

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	Cesar
TARDE	Sandra
NOCHE	Richard

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

CONTROL NEUROLOGICO

	Sedación Ramsay	Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion	Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															

INFUSIONES

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1	Pasc. C. Ringer.	200cc/h.	Bolsa x 1000 cc.
2	Noradrenalina.		4 amp Noradre + 125 DAD 5%
3	Fentanyl.		2 amp fentanyl + 80 cc SSN.
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1	Hbpm	40	SC	c/24	NO			26-7
2	Ranitidina	50	IV	c/8	10			26-7
3	Albucinda 20%	400	SOG	c/24	10	16		26-7
4	Calcio	1gr	IV	c/8h	10	16	22-4	27-7
5								
6	Omeprazol	40	IV	c/24		16	06	
7								
8	Meropenem	1g	IV	c/8	10	16	02	
9								
10								
11	Factor VII	10g	IV	cada 3 días	Dosis Unica	16:00		
12								
13	Vancomicina	1gr	IV	c/12h		16:11		
14								
15								

FIRMA ENFERMERA JEFE

DMT Glotin Caroline.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
central	Sub Derecho	→	→	→	25.07.12	3
yugular ascendente		→	→	→	27.07.12	1
Swan-Ganz						
tor Cateter arteria pulmonar						
arterial		→	→	→	26.07.12	2
isis						
vesical		→	→	→	25.07.12	3
ctor Marcapaso transv						
paso transvenoso						
paso epicardico						
paso transcutaneo						
omia						
mia						
stomia						
T (coledoco)						
Nelaton	S.G.	→	→	→	25.07.12	3
punta tungsteno						
torax						
mediastinal						
vac						
rotraqueal		→	→	→	25.07.12	3
quirurgica						
Mahurkar	Femoral Der			1	28/07/12	1
CAPD						
ventriculostomia						
dialisis						
diafiltración						
perfusión						
aféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			
Ecocardiograma			-
Ecografia			-
TAC			—
RNM			
Rayos X			✓
Exámenes laboratorio			✓
Baño			✓
Cuidado ocular	—	✓	✓
Cambios posición y masaje	—	✓	✓
Curación			✓
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Via Oral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA

M

T

N

28/7/12 T/N 4 Am se le Inicia trasfusión de plasmas 6 unidades x orden verbal del Jefe turnero. Dr Fernando Rojas. Richard

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	6	139mg/dL			
		12	128mg/dL			
Inicia	↑	16	195mg/dL			
Cambio	▲	24	140mg/dL			
Suspen	↓					

CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Cateter mahurkar		1		
Fentanyl Amp.	1	1	0	
Dopamina Amp.	1	1	0	
Eq Transfusion	30			
DAD Fx. 250cc			0	
Bolsa x 2L Fotosensible	1		0	
Jeringa 60cc			1	
Guantes	1		1	
Epinefrina Amp.			4	
Flon 3cm	1		1	
Solucion salina 0.9% 250cc	10	5	0	
Ringer x 1000	1	0	0	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Plaquetas 6 unidades		6	6	10
Eq Hemodinamia		1		
Plasma 6 unidades		6	6	
Eq Transfusion		1		
Crioprecipitado			6	
Electrodos.			6	
Foley Nº		3	2	3+2

CAMBIOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
DLI								✓				✓											
DLD										✓						✓							
Sedente														✓						✓			
Prono																							
- Bipedo																							
abitacion																							
n de Cabecera à x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX CN	OX MASC	OX FIO2	VMNI EPAP	VMNI IPAP	VMI MODO	VMI FR vent	VMI PS	VMI PEEP	VMI VT prog/tot	VMI PIM	VMI Fpico	VMI Ppl	VMI PMVA	VMI Dist	# TOT	DIST COM	PRES MANG	TRAQ
7	20	94	-		60%			6 VMNI PS	16/16	14	10	600/591	29	80	27	18	38	75	21	24	
8	24	96									APAP 15										
9	24	97																			
10	22	97																			
11	20	96																			
12	21	92																			
13	20	95			60%			SIMV	16	14	10	600/593	30	80	27	18	38	75	21	24	
14	20	95																			
15	21	98																			
16	20	98																			
17	20	98																			
18	21	99																			
19	20	96			60%			SIHV	16	14	10	600/592	33	80	-	18	-	75	21	24	
20	20	99																			
21	16	99																			
22	19	98																			
23	19	96																			
24	26	94																			
1	28	99																			
2	29	99																			
3	21	99																			
4	18	96																			
5	19	98																			
6	20	96																			

FORMULAS

PAFI= PaO2/FiO2
-PAO2=((PB-47)*FiO2)-(PaCO2/0,8)
CaO2=(1,34*HB*SAtaO2)+(0,0031*PaO2)
CvO2=(1,34*HB*SAtvO2)+(0,0031*PvO2)
CcO2=(1,34*HB*0,99)+(0,0031*PAO2)
DavO2=CaO2-CvO2
EXTO2=(DavO2)/CaO2
SHUNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
DO2=GC*CaO2*10
IDO2=IC*CaO2*10
VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales v=venosos y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Angie Astrid
TARDE	Mariac GK
NOCHE	Cristina Sandra

	M	T	N
Terapia respiratoria	✓	✓	✓
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación			
Transporte			
Aseo bucal	✓	✓	✓

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA

HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA: 08-04-08

NOMBRES: Elsa Lena | APELLIDOS: Sabogal.

EDAD: DD | MM | 50 AA | SEXO M: ☐ F: ☑ | HISTORIA: 40970251 | CAMA: 5

FECHA INGR: 25.7.12 | F. ACTUAL: 29.7.12 | DIAS ESTANCIA: 4

EPS/ARS: Nueva EPS. | PESO: 100 Kg: ☑ Gr: ☐ | TALLA: 1.60 cms | SC: 2.1

APACHE - II: 41 | SOFA - 28

TIPO DE UNIDAD

☑ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: POP Lipectomia. FR Ventilatoria.

PROBLEMAS:

LABORATORIOS

	Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
	9.0		Glicemia	130	Sodio	153		BT		TP	13.1			
	26.8		Bun	13.3	Potasio	2.27		BD		INR	0.92			
	1.8.6		Creatinina	0.77	Cloro	104		BI		TPT	41.3			
	90%		Alb		Calcio	4.14		ALT		Fibrin				
	6%		Proteinas T		Magnesio			AST		Plaq	88.200			
	4%				Fosforo			Falk						

	Hora	
EG		
EG		
eO		
ltivo		

GASIMETRIA

HORA	TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bic	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
	Arterial	7.42	39.3	132	98%	25.6	1.3			2.99 / 14.1	379 / 1.7	12.6 / 34.2	15.4 / 44.5			5.3
	Venosa	7.40	42.2	54.7	87%	25.5	1.4									

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA TAS	SISTEMICA TAD	SISTEMICA TAM	FC	PVC	PULMONAR TAS	PULMONAR TAD	PULMONAR TAM	MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD	PIA
7	35	177	89	116	119	9															
8	34.5	167	84	115	130	10															
9	34.8	165	81	111	130	9															
10	35.6	147	74	100	125	11															
11	36.3	137	70	93	124	11															
12	36.5	147	71	96	126	10															
13	36.6	145	70	95	127	10															
14	36.1	101	77	88	121	11															
15	36.3	91	72	81	122	10															
16	36.1	93	70	80	121	10															
17	36.9	93	56	70	123	10															
18	36.8	87	61	85	119	10															
19	36.9	96	64	77	121	10															
20	37.7	99	63	79	120	8															
21	37.7	96	71	70	118	11															
22	37.9	89	53	65	117	9															
23	38	94	71	70	118	9															
24	37.9	100	71	69	117	8															
1	38	99	60	73	116	9															
2	38	93	49	64	116	9															
3	38	105	57	72	118	9															
4	38	97	60	70	120	9															
5	38	95	54	69	120	9															
6	38	102	71	70	118	9															

FORMULAS

C=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
AM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
VS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
VP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

3

HORA	ADMINISTRADOS: Ringer	Noradrenalina	Dopamina	Tinbayl	Meropenem	Fraxiparina	8% / 5%	Dimo 1/4 H2O	H2O	TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS: D/H	A/H				TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
7	200	2	11	15	1	2				231	231	10	10				10	10	221+	
8	200	2	11	15	1	2.				231	462	10	20				10	20	442+	
9	200	2	11	15	1	2				231	693	10	30				10	30	663+	
10	200	2	↓	15	1	2.				230	913	5	35				5	35	878+	
11	200	2		15	1	2.				220	1133	-	35				-	35	1098+	
12	200	2		15	1	2				220	1353	10	45				10	45	1308+	
13	200	2		15	1	2				220	1573	-	45				-	45	1528+	
14	100	↓		15	1	2				118	1691	-	45				-	45	1646+	
15	100			15	1	2		↑		118	1809	5	50				5	50	1759+	
16	100			1⁄	1	2.		40		118	1927	↓	↓↓				↓	↓↓	1872+	
17	100			1↓	40	2	-	40		237	2174	10	60				10	60	2109+	
18	100			1↓	1	2		40		137	2311	↓	70				↓	70	2241+	
19	100	↑		1↓	1	2		40	20	108	2419	5	75				5	75	2401+	0.005 (24h)
20	100	4		15	1	2	500	"	"	622	3101	5	80				5	80	3021+	
21	100	4		15	1	2	11	40	=	162	3263	85		20			25	105	3158+	
22	100	4		15	1	2		40		162	3424	↓	85				↓	105	3319+	
23	100	3		1↓	1	2		40		166	3590	-	85				-	105	3485+	
24	100	8.		1↓	1	2		40		166	3756	-	85				-	105	3651+	
1	200	9		15	1	2		40	30	370	4126	↓	85					105	4021+	
2	200	9		15	1	2		//		227	4353	↓	85		10			105	4248+	
3	200	19		15	1	2		60		297	4561	↓	85				-	105	4456+	
4	200	19		1↓	1	2		60		297	4858	-	85				-	105	4803+	
5	200	19		15	1	2		60		297	5155	-	85				-	105	5050+	
6	200	19		1↓	1	2		60		297	5454	1↓	100				1↓	120	5334+	
T.TL	3100	110	33	35	113	48	500	500	60	2452		100		20			110		2332+	

BALANCES			
ADM	2452	PREVIO	252870
ELIM	120	ACUM	275190 (+)
BAL DIA	2332 (+)	GU	0.04 c/h

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	Diana.
TARDE	Libet.
NOCHE	Jhon Tegos.

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

CONTROL NEUROLOGICO

	Sedación Ramsay		Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion		Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
7																	
8			5H	5H	coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
9																	
10			5H	5H	coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
11																	
12	—		5H	5H	Coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
13																	
14	—		5h	5h	Coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
15																	
16			√H	√H	Coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
17																	
18			√H	√H	Coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
19																	
20			4h	4h	Coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
21																	
22	NO		4H	4H	COMA	A	A	NO		1	1	1	3/15				
23																	
24	NO		4H	4H	COMA	A	A	NO		1	1	1	3/15				
25																	
26		/	4F	4F	Coma	A	A	—		1	1	1	3/15				
27																	
28	NO		4F	4F	COMA	A	A	NO		1	1	1	3/15				
29																	
30																	

INFUSIONES

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1	Ranitidina	20 c/8	Base
2	Noradrenalina	4 ml/hr	2 amp en 125 cc SSN 5%
3	Dopamina	4 ml/hr	
4	Factor VII	150 mg	2 amp + 80 cc SSN
5	Furosemida	2 mg	5 mg en 1 cc
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1	Cefuro	1gr	IV	c/6h	10	16	22-04	27-07
2								
3	MEROPENEM	1gr	EV	c/12h		14	02	26-07
4								
5	VANCOMICINA	1g	EV	c/48h		16		29-07
6								
7	CEFEPIMA	1g	EV	c/6h		16	22-04	27-07
8								
9	OMEPRAZOL	40mg	EV	c/24h		18	(22-04) 06	28-07
10								
11								
12								
13								
14								
15								

FIRMA ENFERMERA JEFE

INVERSORA CLINICA DEL META S.A.
CLINICA CONTINENTAL

LISTA CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
Cateter central	SD	→	→	→	25.7.12	4
Cateter yugular ascendente		→	→	→	27.7.12	3
Cateter Swan-Ganz						
Introductor Cateter arteria pulmonar						
Cateter arterial	AID	→	→	→	26.7.12	2
Drumm						
Venoclisis						
Sonda vesical		→	→	→	25.7.12	4
Introducior Marcapaso transv						
Marcapaso transvenoso						
Marcapaso epicardico						
Marcapaso transcutaneo						
Colostomia						
Ileostomia						
Laparostomia						
Dr...						
...n T (coledoco)						
Sonda Nelaton	SOG	→	→	→	25.7.12	4
Sonda punta tungsteno						
Tubo a torax						
Tubo mediastinal						
Pleurovac						
Tubo orotraqueal		→	→	→	25.7.12	4
Herida quirurgica						
Cateter Mahurkar						
Cateter CAPD						
Cateter ventriculostomia						
Hemodialisis						
...diafiltración						
Hemoperfusión						
Plasmaféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			
Ecocardiograma			
Ecografia			
TAC			
RNM			
Rayos X			
Exámenes laboratorio			✓
Baño			✓
Cuidado ocular	✓	✓	✓
Cambios posición y masaje	✓	✓	✓
Curación			✓
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Via Oral		✓	✓
Nutrición enteral	✓		
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA	
M	
T	
N	

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	7:40	131 mg/dl			
Inicia	↑	12:00	108 mg/dl			
		18H:	129 mg/dl			
Cambio	▲	2A	125 mg/dl			
		G	171 mg/dl			
Suspen	↓					

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Furosemida	20		10	71
Lactato Ringer 1000	1		1	
Esfigmomanometro XL			1	
Jeringa 10ml	1	10	1	
Diclofenaco		1		
Equipo Pulsioximetro		1		
Jabon Dove	1			
Nave 30 onz		1	1	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
SSN x 1.000cc		1	1	
Fentanil	2	4	2	
Equipo IV			1	
Bolsa Electrodo			1	
Equipo		4		
Norepinefrina			5	
SSN x 500cc			4	

CAMBIOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
Supino - DLI	X				X				✓					✓									
Supino - DLD			X													✓							
Supino - Sedente							✓					✓						✓				✓	
Supino - Prono																							
Sedente - Bipedo																							
Marcha habitacion																							
Inclinacion de Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX CN	OX MASC	OX FIO2	VMNI EPAP	VMNI IPAP	VMI MODO	VMI FR vent	VMI PS	VMI PEEP	VMI VT prog/tot	VMI PIM	VMI Fpico	VMI Ppl	VMI PMVA	VMI Dist	# TOT	DIST COM	PRES MANG	TRAQ
7	18	96			60%			SIMV	16	14	10	600/581	30	80		18		78	23		
8	20	98																			
9	18	99																			
10	20	98																			
11	18	99																			
12	18	97																			
13	18	95			60%			SIMV	16	14	10	600/535	29	80		18		75	23		
14	18	99																			
15	18	99																			
16	21	95																			
17	25	92																			
18	21	99																			
19	20	99			60%			SIMV	16	14	10	600/586	29	80		18		75	23		
20	20	99																			
21	14	100																			
22	21	99																			
23	14	96																			
24	14	99																			
1	16	99																			
2	16	98																			
3	14	96																			
4	21	99																			
5	20	96																			
6	20	98																			

FORMULAS

PFI= PaO2/FiO2
AaO2=((PB-47)*FiO2)-(PaCO2/0,8)
CaO2=(1,34*HB*SAtO2)+(0,0031*PaO2)
CvO2=(1,34*HB*SAtvO2)+(0,0031*PvO2)
CcO2=(1,34*HB*0,99)+(0,0031*PAO2)
CavO2=CaO2-CvO2
ERO2=(DavO2)/CaO2
SHUNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
DO2=GC*CaO2*10
DO2=IC*CaO2*10
VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
Dif=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales, v=venosos, y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Sandra-Azu
TARDE	Azu-Cristina
NOCHE	Liz-Cristina

	M	T	N
Terapia respiratoria	/	/	/
Micronebulizacion			
Cambio TOT			
Intubacion			
Extubacion			
Transporte			
Aseo bucal	/	/	/

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA
HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA: 08-04-08

NOMBRES: Maikely. APELLIDOS: Ortega Bigoya.
EDAD: DD MM 30 AA SEXO M: ☐ F: ☒ HISTORIA: 40.390.255 CAMA: 5.
FECHA INGR: 22.07.17. F. ACTUAL: 31.07.17. DIAS ESTANCIA: 6
EPS/ARS: Nueva EPS. PESO: 100 Kg: ☒ Gr: ☐ TALLA: 1.60 cms SC: 2 m².
APACHE - II:
SOFA - 28: 30

TIPO DE UNIDAD

☒ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: Pop Laparostomia - falla Ventilatoria
PROBLEMAS: Shock Hipovolémico - falla Renal.

LABORATORIOS

	Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
Hb	6.5		Glicemia		Sodio	145		BT		TP	17			
Hto	19.6		Bun	59.4	Potasio	3.4		BD		INR	1.2			
Leuc	25.1		Creatinina	4.4	Cloro	118.4		BI		TPT	29.3			
Neutr	51.5		Alb		Calcio	7.0		ALT		Fibrin				
Linf	39.9		Proteinas T		Magnesio			AST		Plaq	140			
Bay					Fosforo			Falk						

	Hora	
PCR		
PCT		
BNP		
Cultivo		

GASIMETRIA

HORA	TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bto	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
	Art.	7.55	30	77	98	28.4	4.4		8.8	128 / 9.8	390 / 3.4	39 / 23	12.6 / 44.3			
	Ven.	7.53	33	40	60	28.7	4.9									
	Arterial	7.44	41.1	130	99%	27.6	3.5			259						
	Arterial	7.16	60.3	339	99%	18.5	-7.1			339						
16	Pre-Test Aprreq	7.44	41	130	99	27	3.5			259						
32	post test Aprreq	7.16	60	339	99	18	-7.1			339						

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA TAS	TAD	TAM	FC	PVC	PULMONAR TAS	TAD	TAM	MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD	PI
7	36.2	114	54	73	115	10															
8	36.1	119	57	77	114	9															
9	36.3	116	55	75	111	9															
10	36.6	113	54	73	112	8															
11	36.9	125	53	74	145	10															
12	36.9	121	49	69	141	9															
13	36.9	135	60	79	131	7															
14	36.7	130	59	69	129	7															
15	36.9	129	60	77	130	9															
16	37.1	119	62	82	123	7															
17	37.7	125	60	84	126	6															
18	37.6	128	62	86	127	5															
19	37.2	130	63	70	127	10															
20	37.2	122	60	86	119	5															
21	37.9	100	46	66	120	6															
22	38.4	96	44	69	115	6															
23	38.4	91	47	60	115	7															
24	38	92	49	61	115	7															
1	38.4	92	43	62	116	5															
2	38.7	152	66	94	126	7															
3	38.7	161	58	76	122	7															
4	38.9	132	50	69	130	6															
5	38.9	130	50	70	130	7															
6	38.7	125	56	82	131	5															

FORMULAS

SC=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
TAM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
IC=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
VS=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
IS=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
IRVS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
IRVP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

	ADMINISTRADOS									TOTAL HORA	ACUM	ELIMINADOS						TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
	Agua en Alimentos	Agua en Medicamentos	Agua en Líquidos	Agua en Líquidos																	
7	100	5	19	1						125	125	—	—					—	—	125	
8	100	3	19	1						123	248	—	—					—	—	248	
9	100	3	19	1						123	369									369	
0	100	3	19	1						123	492	5	5					5	5	487	
1	100	23	19	1						143	634	—	5					—	5	630	
2	100	39	16	1						156	791	—	5					—	5	786	
	100	39	↓	1						140	931	—	5					—	5	926	
	100	39		1						140	1071	—	5					—	5	1066	
5	100	39		1						140	1211	—	5					—	5	1196	
6	100	39		90						229	1440	5	10					5	10	1430	
7	100	39		1						140	1580		10						10	1570	
8	100	39		1						140	1720	—	10					—	10	1710	
	100	39		1						140	1860	—	10		5			—	10	1850	
0	100	39		1						140	2000	—	10					—	10	1990	
1	100	39		1						140	2140	10	20					10	20	2120	
2	100	39		1						140	2280		20						20	2260	
	100	39		1						140	2420		20						20	2400	
	100	39		1						140	2560	—	20					—	20	2540	
	100	39		1						140	2702	—	20					—	20	2682	
	100	39		30						169	2871	—	20					—	20	2851	
	100	39		30						169	3040	—	20					—	20	3020	
	100	39		30						169	3209	—	20					—	20	3189	
	100	39		1						140	3349	—	20					—	20	3329	
	100	39		1						140	3489	—	20					—	20	3469	
	2400	778	111	200																	

GU 0.000

GU 0.0

BALANCES	
ADM	3489
ELIM	20
BAL DIA	3469 (+)

PREVIO	35113 (+)
ACUM	38582 (+)
GU	0,0cc/kg/h

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	Oran Tejos
TARDE	Alejandro
NOCHE	William R

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

CONTROL NEUROLOGICO

Sedación Ramsay	Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion	Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
NO	4F	4F	COMA	A	A	NO	1	1	1	3/15				
—	4F	4F	Coma	A	A	—	1	1	1	3/15				
—	5F	5F	coma	A	A	—	1	1	1	3-15				
—	5F	5F	Coma	A	A	—	1	1	1	3.15				
—	5F	5F	Coma	A	A	—	1	1	1	3.15				
—	5P	5P	COMA	A	A	—	1	1	1	3-15				
—	5F	5F	Coma	A	A	—	1	1	1	3.15				
—	5F	5F	COMA	A	A	—	1	1	1	3/15				
—	5F	5F	COMA	A	A	—	1	1	1	3/15				
—	5F	5F	COMA	A	A	—	1	1	1	3/15				
—	5F	5F	COMA	A	A	—	1	1	1	3/15				

INFUSIONES

Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
Lactato Ringer	cc/h	X 1000 cc
Noradrenalina	mcg/k/min	1 amp en 125 cc DAD 5%
Dobutamina	mcg/k/min	1 amp en 125 cc DAD 5%

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
Omeprazol	40 mg	EV	c/24h		18	6.	25-02
Meropenem	2 gr	EV	c/12h		14	2	26-02
Cefepime	1 gr	EV	c/8h	10	18	2	27-02
Vancomicina	1 gr	EV	c/48h		16		26-02
FIRMA ENFERMERA JEFE					Victor	Victor	

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

A CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
er central	Sub Clav.	→	→	→	21.07.12	6
er yugular ~~ascendente~~		→	→	→	26.07.12	1
er Swan-Ganz						
luctor Cateter arteria pulmonar						
er arterial		→	→	→	26.07.12	1
m						
clisis						
la vesical		→	→	→	21.07.12	6
luctor Marcapaso transv						
apaso transvenoso						
apaso epicardico						
apaso transcutaneo						
tomia						
omia						
rostomia		→	→	→	26.07.12	1
T (coledoco)						
a Nelaton	Sog	→	→	→	21.07.12	6
a punta tungsteno						
a torax						
mediastinal						
ovac						
orotraqueal		→	→	→	21.07.12	6
a quirurgica						
er Mahurkar						
er CAPD						
er ventriculostomia						
dialisis						
diafiltración						
perfusión						
aféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			-
Ecocardiograma			-
Ecografia			-
TAC			
RNM			-
Rayos X			-
Exámenes laboratorio			-
Baño			✓
Cuidado ocular	✓	✓	✓
Cambios posición y masaje		✓	✓
Curación			✓
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Vía Oral			
Nutrición enteral			
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia física			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA

M	
T	
N	

CONVENCIONES

		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	6am:	119 mg/dl			
		12	142 mg/dl			
Inicia	↑	17h	154 mg/dl			
Cambio	▲	24:00	142 mg/dl			
		6 am.	190 mg/dl			
Suspen	↓					

A CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Dorado canula	1	1	1	18
Bifasic	1	1	1	
Oxigenador	1	1	1	
A.D 8x. 250 c		1	1	
grupo fotosensible			1	
Buretrol			1	
Llave 3 vias			1	
Petrol			1	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h

IOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
- DLI	✓								✓		✓				✓						✓		
- DLD				✓									✓				✓		✓				✓
- Sedente			✓				✓																
- Prono																							
e - Bipedo																							
habitacion																							
cion de Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONTROL ADMITIDO AREA

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX CN	OX MASC	OX FIO2	VMNI EPAP	VMNI IPAP	VMI MODO	VMI FR vent	VMI PS	VMI PEEP	VMI VT prog/tot	VMI PIM	VMI Fpico	VMI Ppl	VMI PMVA	VMI Dist	# TOT	DIST COM	PRES MANG	TRAQ
7	21	97%			60%			SIMV	13	14	10	600/580	29	80-	-	17	-	80	22		
8	14	90																			
9	15	89																			
10	16	86																			
11	13	86																			
12	21	87																			
13	19	97			60%			simv	10	8	6	600/569	27	60		12		8.0	22		
14	19	98																			
15	19	98																			
16	20	99																			
17	21	99																			
18	19	96																			
19	19	97			60			SIMV	14	8	6	600/589	26	60	23	14					
20	18	99																			
21	16	99																			
22	20	99																			
23	16	99																			
24	16	100																			
1	16	100																			
2	16	100																			
3	16	98																			
4	14	98																			
5	16	99																			
6	16	98																			

FORMULAS

PAFI= PaO2/FiO2
PAO2=((PB-47)*FiO2)-(PaCO2/0,8)
CaO2=(1,34*Hb*SaO2)+(0,0031*PaO2)
CvO2=(1,34*Hb*SvO2)+(0,0031*PvO2)
CcO2=(1,34*Hb*0,99)+(0,0031*PAO2)
DavO2=CaO2-CvO2
EXTO2=(DavO2)/CaO2
SHUNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
DO2=GC*CaO2*10
IDO2=IC*CaO2*10
VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales, v=venosos, y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Cristina - Sandra
TARDE	[illegible]
NOCHE	[illegible]

	M	T	N
Terapia respiratoria	✓	✓	✓
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación			
Transporte		✓	✓
Aseo bucal	✓	✓	✓

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

INVERSIONES CLINICA DEL META
DEPARTAMENTO DE MEDICINA CRITICA
HOJA DE MONITORIA EN CUIDADO CRITICO

CODIGO: UCI A
FR:01
FECHA: 08-04-08

NOMBRES: MARLENY APELLIDOS: SABOGAL BOGOYA
EDAD: DD MM 50 AA SEXO M: ☐ F: ☒ HISTORIA: 40 370215 CAMA: 5
FECHA INGR: 25-07-12 F. ACTUAL: 30-07-12 DIAS ESTANCIA: 5
EPS/ARS: NUEVA EPS PESO: 100 Kg: ☐ Gr: ☐ TALLA: 160 cms SC: 2 M²
APACHE - II
SOFA - 28: A1

TIPO DE UNIDAD

☒ UCI ☐ Intermedios ☐ Pediatria ☐ Neonatos ☐ Urgencias

DIAGNOSTICOS: fol TRAQUEOSTOMIA - FALLA VENTILATORIA
PROBLEMAS: SHOCK HIPOVOLEMICO - FALLA RENAL

LABORATORIOS

Hora	Hora		Hora		Hora	Hora		Hora		Hora	Hora	Hora	Hora
5.8		Glicemia		Sodio			BT		TP	17.0			
187		Bun	61.3	Potasio			BD		INR	1,2			
19.1		Creatinina	4.3	Cloro			BI		TPT	29,2			
86		Alb		Calcio			ALT		Fibrin				
14		Proteinas T		Magnesio			AST		Plaq	80,000			
				Fosforo			Falk						

Hora	
G	
G	
eO	
ltivo	

GASIMETRIA

ORA	TIPO	pH	PCO2	PO2	Sat	Bic	EB	H	Cont O2	PAFI/ CcO2	PAO2/ DavO2	ExtO2/ Shunt	GAP/ DIF	IDO2/ IVO2	RQ	Lactato
	Arterial	7.39	38.8	143	98%	23.6	-1.0			239 / 10.4	379 / 2.0	20.6 / 28.8	16.4 / A3.9			5.2
	Venosa	7.37	41.7	44.0	80%	23.5	-0.9									

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

MONITOREO SIGNOS VITALES

HORA	TEMP	SISTEMICA TAS	TAD	TAM	FC	PVC	PULMONAR TAS	TAD	TAM	MEDICIONES Y CALCULOS CATETER DE SWAN GANZ PCP	GC	IC	VS	IS	RVS	IRVS	RVP	IRVP	ITVI	ITVD	PIA
7	38	99	51	62	110	9															
8	37.9	101	55	71	118	7															
9	38.1	97	52	68	118	8															
10	38.2	100	70	72	110	8															
11	38.3	141	71	92	118	9															
12	38.3	169	91	109	114	8															
13	37.6	140	83	102	132	7															
14							Pte			en	Cx.										
15		PTE	EN		CX																
16		PTE	EN		CX																
17 (440)	36	122	65	88	112	10															
18	35.8	120	64	106	100	10															
19	35.7	105	61	75	117	11															
20	35.6	140	72	100	118	12															
21	35.9	155	74	102	123	14															
22	35.9	156	73	101	122	12															
23	37.9	159	70	100	121	13															
24	37.9	150	64	92	120	10															
1	37.8	159	61	90	120	13															
2	37.9	139	60	80	116	14															
3	36	133	61	83	114	13															
4	36.3	121	53	74	117	12															
5	36.2	126	55	78	116	10															
6	36	112	56	74	117	9															

FORMULAS

C=(PESO(KG)+TALLA(CMS)-60)/100
AM=((TAS-TAD)/3)+TAD)
I=GC/SC (N=2,5-4,0 ml/min/m2)
S=(GC/FC)*1000 (N=50-62 ml/min)
=IC/FC)*1000 (N=40-60 ml/sist/m2)
VS=(((TAM-PVC)*80)/IC) (N=1800-2200)
VP=(((TAMAP-PCP)*80)/IC) (N=180-220)

ITVI=((TAM-PCP)*IS*0,0144) (N=40-60)
ITVD=((TAMAP-PVC)*IS*0,0144) (N=4-6)
PPCI=PD-PCP (Presion de perfucion Coronaria Izquierda)
IPV=ITVI/PCP (N=4-8)
TP=(TAS*FC*PCP), Triple producto
INDICE APORTE Y CONSUMO = Ia/c=PPCi/TP*1000 (N>0,4)

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTION DE CALIDAD

HOJA DE CONTROL DE LIQUIDOS

ADMINISTRADOS												ELIMINADOS									
Base Líquidos	Midazolam	Furosemida	Fentanyl	Meco	G.R.	Plasma / Plaquetas	NE	H2O	Dobutamina	TOTAL HORA	ACUM	Diuresis	Drenaje	Vómito/GRD	Residuo	Ultrafiltración		TOTAL HORA	ACUM	BALANCE	GU
200	19	2	15	1			60	30		327	327	10	10					10	10	317	+
200	19	2	15	1			11	11		237	564	5	15	200				205	215	349+	
200	19	↓	↓	1	↑		30			250	814	5	20					5	220	594	
200	19			1	300	↑	30			550	1364	10	30					10	230	1134	
200	19			1	300	800	30			1080	2444	5	35					5	235	2209+	
200	28			1	600		↓			829	3273	/	35					—	235	3038	
200	28			1	600					829	4102	5	40			↑		5	240	3862	
		Pte		en		Cx				—	4102	—	40			2500		2500	2740	1362+	
		Pte		en		Cx				—	4102	—	40			↓		—	2740	1362+	
		Pte		en		Cx				—	4102	—	40					—	2740	1362+	
20	20			1	→				↑	171	4273	30	70					30	2770	1503	
50	20			1	600				19	790	5063	—	70					—	2770	4993	
50	20			1		890/470			19	1550	6613	—	70					—	2770	3843+	
	20			1		890/470			19	1550	8163	—	70					—	2770	5393+	
	9			1					19	229	8392	—	70					—	2770	5622+	
0	7			1					19	227	8619		70						2770	5849+	
0	7			1					19	227	8846		70						2770	6076+	
0	√			1					19	225	9049		70						2770	6179+	
0	√			1					19	225	9574		70						2770	6804+	
0	5			1					19	225	9799		70						2770	7029+	
	5			1					19	225	10024		70						2770	7259	
	5			1					19	125	10149		70						2770	7379+	
	5			1					19	125	10274	10	80					10	2780	7494	
	284	↑	30	20	2400	800	2890	30	228	10274	/										

60.05 ml/kg/H GU 0.05

BALANCES

ADM	10274
ELIM	2780
BAL DIA	7494+

PREVIO	27619(+)
ACUM	35113+
GU	0.03cc/k/h

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
MAÑANA	Alejandra
TARDE	William R.
NOCHE	Wilder R.

INVERSIONES CLÍNICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA
GESTIÓN DE CALIDAD

CONTROL NEUROLOGICO

hora	Sedación Ramsay	Pupilas (mm) OD	Pupilas (mm) OS	Estado Conciencia	Fza Musc D	Fza Musc I	Convulsion	Glasgow AO	Glasgow RV	Glasgow RM	Glasgow Total	ROT	PIC	PPC	Sat y
7															
8	N	4F	4F	Coma	N	N	—	1	1	1	3/15				
9															
10	N	4F	4F	Coma	N	N	—	1	1	1	3/15				
11															
12	N	4F	4F	COMA	A	A	—	1	1	1	3/15				
13															
14				Pte en Uci											
15															
16				PTE EN UCI											
17															
18	+	4F	4F	COMA	A	A	—	1	1	1	3/15				
19															
20		4F	4F	Coma	A	A		1	1	1	3.15				
21															
22		4F	4F	Coma	A	A		1	1	1	3.15				
23															
		4F	4F	Coma	A	A		1	1	1	3.15				
1															
2		4F	4F	Coma	A	A		1	1	1	3.15				
3															
4		4F	4F	Coma	N	N	—	1	1	1	3/15				
5															
6		4F	4F	Coma	N	N	—	1	1	1	3/15				

INFUSIONES

	Medicacion	Dosis o goteo (mcg/kg/min o cc/hora)	Mezcla
1			
2			
3	Base Lenta	100cc/h	
4			
5	NOLADRENALINA	Mg/h/m	<— 2 Amp NDA en Pte DAD5%
6			
7	FENTANIL	50mcg/h.	2 Amp en 100cc SSN.
8			
9			
	FUROSEMIDA	20mg/h.	Ampollas bolus
11			
12			
13	NTE (OSMOTICO)	cc/h	
14	10%	20cc/h	
15			

MEDICAMENTOS HORARIOS o DOSIS UNICA

	NOMBRE	DOSIS	VIA	FRECUENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	F. INICIO
1	CALCIO	1gr	IV	Cada 12/24	10	16	22 - 4	27.7.12
2	MEROPENEM	1gr	IV	Cada 12/24	12	NO	24	26-7
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

FIRMA ENFERMERA JEFE

OMAT

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
COPIA CONTROLADA

LISTA CHEQUEO INVASIVOS	SITIO	M	T	N	FECHA INSERC	DIAS
Cateter central	SC Derecho	→	→	→	27-07-12	5
Cateter yugular ~~ascendente~~		→	→	+	26-07-12	4
Cateter Swan-Ganz						
Introductor Cateter arteria pulmonar						
Cateter arterial		→	→	+	26-07-12	4
Drumm						
Drenodisis						
Sonda vesical		→	→	+	27-07-12	5
Introductor Marcapaso transv						
Marcapaso transvenoso						
Marcapaso epicardico						
Marcapaso transcutaneo						
Colostomia						
Ileostomia						
Laparostomia		→	→	+	26-07-12	4
T (coledoco)						
Sonda Nelaton	SC Izq	→	→	+	27-07-12	5
Sonda punta tungsteno						
Tubo a torax						
Tubo mediastinal						
Pleurovac						
Tubo orotraqueal		→	→	+	27-07-12	5
Herida quirurgica						
Cateter Mahurkar						
Cateter CAPD						
Cateter ventriculostomia						
Hemodialisis						
Hemodiafiltración						
Hemoperfusión						
Plasmaféresis						

PROCEDIMIENTOS	M	T	N
EKG			-
Ecocardiograma			-
Ecografia			-
TAC			
RNM			-
Rayos X			-
Exámenes laboratorio			-
Baño			-
Cuidado ocular	/	✓	✓
Cambios posición y masaje	/	✓	✓
Curación		✓	/
Lavado gástrico			
Reanimación CCP			
Via Oral			
Nutrición enteral	✓	✓	/
Nutrición parenteral			
Cambio caraya			
Vacuum laparostomia			

	M	T	N
Terapia fisica			
Ferulas			

FISIOTERAPEUTA

M	
T	
N	

CONVENCIONES		HORA	GLUCOMETRIA	Insulina	SC	EV
Viene	→	13:	151 mg/dl			
		24h:	131	mg/dl		
Inicia	↑	6m:	119 mg/dl			
Cambio	▲					
Suspen	↓					

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Bajas lumen	1	1	1	
D5W 1/2 250cc	1	1	1	
Nolcaina endova	½	□	5	
Jeringa 10cc	☒	□	☒☒	
Globulos Rojos	□	□		
Transfusion	□		0:	12
Plasma	□		8	
Epatrol			1	
SSN X 250cc		1		
Eq XL 5000 potosi		1	1	
Llave 3 vias		1		
Buretrol		1		
Jeringa x 60cc		1		
Fentanyl	2		4	

LISTA CHEQUEO DE EQUIPOS Y MEDICAMENTOS	M	T	N	Total 24 h
Piroxicam			16	
Dobutamina		1	1	
Osmolite	1			

CAMBIOS DE POSICION	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2	3	4	5	6
Prono - DLI																							
Prono - DLD			C			✓		PK en Cx.						✓									
Prono - Sedente	✓					✓																	
Prono - Prono																							
Sedente - Bipedo																							
Cama habitacion																							
Elevacion de Cabecera a x°																							

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
CONMUTADOR ARA

MONITOREO RESPIRATORIO

HORA	FR pct	Sat O2	OX			VMNI		VMI										#	DIST	PRES
			CN	MASC	FIO2	EPAP	IPAP	MODO	FR vent	PS	PEEP	VT prog/tot	PIM	Fpico	Ppl	PMVA	Dist	TOT	COM	MANG
7	17	99			60%			SIMV	16	14	10	540 / 526	27	80		11		80	22	
8	18	99																		
9	19	95																		
10	17	99																		
11	18	96																		
12	19	99																		
13	20	99																		
14	PTE	CX			CX															
15	PTE	CX																		
16	PTE	CX																		
17	14	96																		
18	14	96			60%			SIMV	20	14	10	600 / 602	35	80		22		80	22	
19	14	97			60%			SIMV TPO	20	14	10	600 / 530	30	80		20		80	22	
20	14	96																		
21	14	98																		
22	19	95	/																	
23	12	98	/																	
24	15	92	/																	
1	21	99	/																	
2	20	95	/																	
3	21	96	/																	
4	20	99	/																	
5	19	98	/																	
6	19	99																		

FORMULAS

PAFI= PaO2/FiO2
PAO2=((PB-47)*FiO2)-(PaCO2/0,8)
CaO2=(1,34*Hb*SAtO2)+(0,0031*PaO2)
CvO2=(1,34*Hb*SAtVO2)+(0,0031*PvO2)
CcO2=(1,34*Hb*0,99)+(0,0031*PAO2)
DavO2=CaO2-CvO2
EXTO2=(DavO2)/CaO2
SHUNT=Qs/Qt=(CcO2-CaO2)/(CcO2-CvO2)
DO2=GC*CaO2*10
IDO2=IC*CaO2*10
VO2=GC*DavO2*10
IVO2=IC*DavO2*10
H+=(10^(9-PH))-(0,75*PaCO2+10)
GAP=Na-(Cl+Bto)
ΔGAP=12-GAP
ΔBto=24-Bto
DIF=(Na+K)-Cl=40-42 meq/L

Tipo de gases: a=arteriales, v=venosos, y=yugulares

TERAPEUTA RESPIRATORIA	
MAÑANA	Cristina-Sandra
TARDE	Cristina-Angela
NOCHE	UCI Astrid

	M	T	N
Terapia respiratoria	✓	✓	✓
Micronebulización			
Cambio TOT			
Intubación			
Extubación			
Transporte			
Aseo bucal	✓	✓	

INTENSIVA QUIRÚRGICA