

Lugar de Internación:

Cód. De Identif. (Iniciales y C.I.N°):
 Grupo Sanguíneo:

Edad:.....años
 Talla:.....cm

Procedencia:
 Peso:.....kg

Diagnósticos:

A.P.P.:

PATOLOGIAS DE BASE

SI	NO

HTA:

DM:

Otros (Especificar):

HABITOS

TOXICOS

Tabaco:

Alcohol:

Tatuajes:

SI	NO

TRANSFUSIONES: ST: GRC: PFC: PLQ: PN:

OTROS (Especificar):

MEDICACIÓN
 HABITUAL:

A.E.A.:

Evolución por Aspectos

***Renal:** Diuresis: Urea: Creatinina: Páncreas: Amilasa: Lipasa:
 Orina simple:
 Ecografía:

***Hepático:** Per. Abd.:
 GOT: GPT: GGT: FA: BT: BD: BI:
 Crasis sanguínea: TP: TTPA:
 Ecografía:

***Cardiovascular:** TAM:.....mmHg Vasoactivos: Dosis:
 Inotrópicos: Dosis:
 Ecocardiograma TT: ECG:
 Enzimas cardiacas: CK Total: CK mb: Troponina I:

***Respiratorio:** Per. Tox.:.....cm PAFI: Días de ARM:
 Rx. De Torax:

***Infectológico:** Fiebre: SI:..... NO:.....Cultivos:
 ATB/DIA:

Fecha/Hora:

Laboratorios de valor:

GB:	Neutr/Linf:	Hb/Hto:	Plaq:	Glicemia:	Na:	K:
pH:	pO2:	pCO2:	HCO3	EB:	Sat.:	