

# UNIDAD DE CUIDADO POSTANESTÉSICO

Hora de ingreso	Complicaciones IOP
-----------------	--------------------

**INGRESA CON**

<input type="checkbox"/> Venas	<input type="checkbox"/> Catéter Peridural	<input type="checkbox"/> Tubo de Tórax
<input type="checkbox"/> Arteria	<input type="checkbox"/> Catéter Central	<input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica Drenaje
<input type="checkbox"/> Hemovac	<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> Otro(s), ¿Cuál(es)?
	<input type="checkbox"/> Tubo Endotraqueal	

Hora	Medicamento	Dosis IV

SIMBOLOS	HORA												
X Presión Arterial  ● Frecuencia Cardíaca	220												
	200												
	180												
	160												
	140												
	120												
	100												
	80												
	60												
	40												
	20												
		SpO <sub>2</sub>											
	FR												
	PAM												

GASES SANGUÍNEOS							
Hora	pH	pCO <sub>2</sub>	paO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	SAT	BE	LACT

ESCALA DE ALDRETE	Paciente ambulatorio	Paciente Hospitalizado	SpO <sub>2</sub>													
				Circulación												
				Respiración												
				Movimiento												
				Conciencia												
				Dolor												
				Sangrado												
				Deambulación												
				Ingesta												
				Diuresis												
			TOTAL													
			SCORE BROMAGE													
			SCORE RAMSAY													

Hora	LABORATORIOS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS					
Líquido	Hora				TOTAL

**EVENTOS - DETALLES TRASLADO**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS					
Líquido	Hora				TOTAL

Hora de salida y alta UCPA

**FIRMA DEL MÉDICO**