

LISTA DE PREPARACION PARA RONDAS DIARIAS

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

LO QUE OBSERVE DESDE LA ULTIMA ACTUALIZACION

Estado de alerta, respiracion, dolor, animo, color de piel, algo diferente:

NUMEROS CLAVE (marque el cambio)

Dosis de vasopresores

☐ Sube

☐ Baja

☐ Igual

Oxigeno / Soporte ventilatorio

☐ Sube

☐ Baja

☐ Igual

Produccion de orina

☐ Sube

☐ Baja

☐ Igual

Otro:

☐ Sube

☐ Baja

☐ Igual

MI PREGUNTA MAS IMPORTANTE PARA EL MEDICO

PREGUNTAS ADICIONALES

PREOCUPACIONES NO RESUELTAS DE AYER

LO QUE ESCUCHE EN LAS RONDAS

PASOS A SEGUIR

☐ _____

☐ _____

☐ _____