

SOLICITUD DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL/SOLUCIÓN DE REEMPLAZO

ES IMPRESCINDIBLE COMPLETAR TODOS LOS DATOS DE LA SOLICITUD

Sticker del paciente o completar: Apellido y Nombre: _____ HC: _____	Fecha:	Sala:
	Peso:	Edad:
	Diagnóstico: _____	

Indique el volumen necesario **para 24 horas** . Si la solicitud se indica en horario de guardia se debe calcular el volumen necesario **desde la indicación hasta las 10 horas del día siguiente** .

Rp./	SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL			SOLUCIÓN DE REEMPLAZO			
	COMERCIAL	HOSPITAL GARRAHAN		SEGUN DISPONIBILIDAD			
COMPONENTE	2,5 % (1512.WQ) x 2 L	2,5 % * (1856.RD) x 3 L (1856.Y2) x 1,5 L	4% * (1857.RD) x 3 L (1857.Y2) x 1,5 L	RIVERO (1846.PS) x 2 L	FRESENIUS K2 (2207.XR) x 5 L	FRESENIUS K4 (2269.XR) x 5 L	HBIOLUIDS K4 (2269.XR) x 5 L
Sodio (mEq/L)	132	140	140	102	140	140	140
Potasio (mEq/L)	-----	-----	-----	-----	2	4	4
Cloruro (mEq/L)	96	100	100	100	111	113	113
Bicarbonato (mEq/L)	-----	40	40	**	35	35	36
Calcio (mEq/L)	3,5	-----	-----	-----	3	3	3
Magnesio (mEq/L)	0,5	-----	-----	-----	1	1	2
Lactato (mEq/L)	40	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Dextrosa (g/L)	25	25	40	2	1	1	1
Volumen (Litros)							

* Para pacientes CON fallo hepático

** Deberá agregarse el Bicarbonato de Sodio previo la administración (40 mL de Bicarbonato de Sodio 1 Molar/litro de sc)

MÉDICO SOLICITANTE: _____
(Firma - Sello - Matrícula)