

REQUERIMIENTO

a. Finalidad publica

Garantizar una atención oportuna, ordenada y de calidad a los pacientes del Hospital Regional del Cusco, mediante la adquisición de formatearía necesaria para el registro clínico y la correcta gestión de los trámites administrativos, contribuyendo así a la eficiencia en los procesos asistenciales y administrativos del hospital.

b. Modalidad de pago

El contrato se rige por la modalidad de SUMA ALZADA, de conformidad con el artículo 130 del Reglamento.

c. Sistema de entrega

No aplica

d. Plazo de entrega

Los bienes materia de la presente compra se entregaran en el plazo de 5 DIAS CALENDARIO NOTIFICADA LA ORDEN DE COMPRA.

e. Lugar de entrega

Los bienes serán entregados en Almacén Central del Hospital Regional Cusco, ubicado en la Av. La Cultura S/N del distrito, provincia y departamento de Cusco.

f. Conformidad

La conformidad de los bienes, será otorgada por el área usuaria y la recepción por el jefe de Almacén Central del Hospital Regional Cusco.

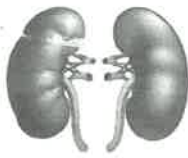
g. Penalidades

Penalidad por mora:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable, de conformidad con el artículo 120 del Reglamento.

h. Responsabilidad por vicios ocultos

El contratista tiene la obligación de reponer y/o canjear los productos que resulten defectuosos, no conforme a su propuesta técnica y/o conforme a los requerimientos técnicos mínimos contenidos, sin costo alguno para la entidad convocante en un plazo no mayor a las 48 horas, reportada la ocurrencia.



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO

SERVICIO DE NEFROLOGÍA



UNIDAD DE HEMODIÁLISIS – UNIDAD DIÁLISIS PERITONEAL – NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA –

TRASPLANTE RENAL

“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

INFORME N° 35 - JMSN-SN- DME -H.R.C-2025

A : DR. CARLOS ENRIQUE GAMARRA VALDIVIA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO.
DE : LIC. LISETH CATHARINE LOCUMBER QUISPE.
JEFA DE ENFERMEROS DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA.
ATENCIÓN : JEFATURA DE LOGÍSTICA
ASUNTO : REQUERIMIENTO DE FORMATEARÍA.
FECHA : CUSCO 16 DE ABRIL DEL 2025.

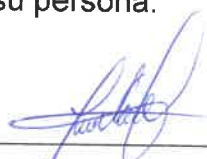
Previo un atento y cordial saludo, tengo a bien de dirigirme a su persona para hacer llegar el requerimiento de formatearía del servicio de nefrología.

	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
1	Formato Seguimiento de Sesión de Hemodiálisis (ambas caras)	5 MILLARES
2	Reporte de control diario de planta de agua y reporte de control diario de examen físico químico (1 en cada cara)	350 unidades
3	Consulta médica nefrológica – unidad de diálisis peritoneal (simple).	500 unidades
4	Consulta de enfermería –unidad de diálisis peritoneal (simple)	500 unidades
5	Control diario de monitoreo de equipo médicos. (simple)	350 unidades
6	Control de desinfección y horas de diálisis (ambas caras)	350 unidades
6	Ficha de seguimiento de resultados de laboratorio. (simple)	300 unidades
7	Hoja de farmacoterapia. (simple)	500 unidades
8	Hoja de procedimientos nefrología intervencionista. (simple)	500 unidades
9	Valoración inicial de enfermería al paciente en hemodiálisis (simple)	250 unidades
10	Orden de salida de medicamentos e insumos (TALONARIO AUTOCOPIADO PARA RECETAS HEMODIÁLISIS)	70 talonarios
11	Formato de supervisión de uso final de dispositivos médicos-filtro de hemodialisis/ set de línea arteriovenosa. (ambas caras)	600 unidades
12	Hoja de evolución del paciente diálisis peritoneal	150 unidades
13	Ficha de referencia de sesión de hemodialisis de enfermería (ambas caras)	2 MILLARES

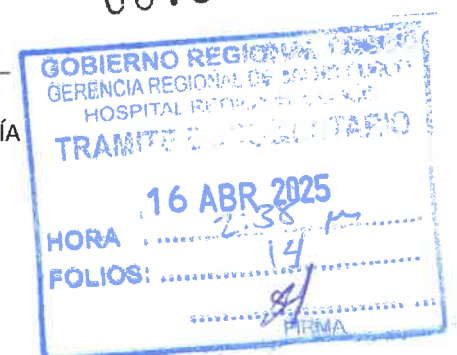
Se adjunta modelo de formatos.

Sin otro particular me despido de su persona.

Atentamente.

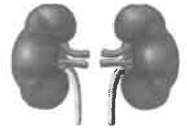


LISETH CATHARINE LOCUMBER QUISPE
JEFA DE ENFERMEROS DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
LIC. ESP. EN NEFROLOGÍA
CEP: 68351, RNE: 24899





HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO SEGUIMIENTO SESIÓN DE HEMODIALISIS



Paciente _____ Edad _____ Fecha _____

C.U.S. _____ P.F. _____ HCL _____

Nº de HD _____ Frecuencia HD _____ Servicio _____ Turno _____

I.-PARTE MEDICO

EVALUACION MEDICA

Evaluación Medica Inicial	Prescripción	Evaluación Intradialisis
Hora Evaluación Inicial: _____	Hrs.	
	UF	
	HEPARINA	
	(Na Inicial)	Evaluación de Alta
	(Na Final)	
	Perfil	
	Qb	
	Qd	

Peso Seco _____ CMP _____

Observación _____

Firma y Sello Médico

II.-PARTE DE ENFERMERIA

P.A. Inicial _____ Nº de Máq _____ Peso Inicial _____ Peso Final _____

P.A. Final _____ Marca/Mod _____ Peso diferencia _____ UF _____

ACCESO VASCULAR: F.A.V. _____ INJ _____ VP _____ CVCT _____ CVCP _____

CANULACIÓN: DOS BRAZOS _____ UN BRAZO _____ RECANULACIÓN _____ DISTANCIA _____ cm

OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO:

HR	P.A.	P	Qb	CND	RA	RV	PTM	OBSERVACIONES

OBSERVACION FINAL: _____

ASPECTO DEL FILTRO:

Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm
VHB12			P.G.			Plasma		
Hierro			Albúmina			Poligelina		
EPO			Calcitriol			Supl. Nutricional / Renal		

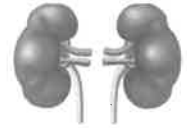
Enf. INICIA HD
Sello - Firma - C.E.P.

Enf. FINALIZA HD
Sello - Firma - C.E.P.

Firma de PACIENTE
Nombre _____



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO SEGUIMIENTO SESIÓN DE HEMODIALISIS



Paciente _____ Edad _____ Fecha _____

C.U.S. _____ P.F. _____ HCL _____

Nº de HD _____ Frecuencia HD _____ Servicio _____ Turno _____

I.-PARTE MEDICO

EVALUACION MEDICA

Evaluación Medica Inicial	Prescripción	Evaluación Intradialisis
Hora Evaluación Inicial: _____	Hrs. _____	
	UF _____	
	HEPARINA _____	
	(Na Inicial) _____	Evaluación de Alta
	(Na Final) _____	
	Perfil _____	
	Qb _____	
	Qd _____	

Peso Seco _____ CMP _____

Observación _____

Firma y Sello Médico

II.-PARTE DE ENFERMERIA

P.A. Inicial _____ Nº de Máq _____ Peso Inicial _____ Peso Final _____

P.A. Final _____ Marca/Mod _____ Peso diferencia _____ UF _____

ACCESO VASCULAR: F.A.V. _____ INJ _____ VP _____ CVCT _____ CVCP _____

CANULACIÓN: DOS BRAZOS _____ UN BRAZO _____ RECANULACIÓN _____ DISTANCIA _____ cm

OBSERVACIONES: _____

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO:

HR	P.A.	P	Qb	CND	RA	RV	PTM	OBSERVACIONES

OBSERVACION FINAL: _____

ASPECTO DEL FILTRO:

Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm	Medicamento	Cantidad	Via Adm
VHB12			P.G.			Plasma		
Hierro			Albúmina			Poligelina		
EPO			Calcitriol			Supl. Nutricional / Renal		

Enf. INICIA HD
Sello - Firma - C.E.P.

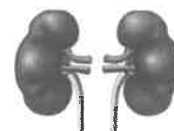
Enf. FINALIZA HD
Sello - Firma - C.E.P.

Firma de PACIENTE
Nombre _____



HOSPITAL REGIONAL CUSCO

SERVICIO DE NEFROLOGIA



REPORTE DE CONTROL DIARIO DE PLANTA DE AGUA

ALIMENTADOR DE AGUA			
Nº	SISTEMA HIDRONEUMATICO		UNIDAD
1	AMPERAJE MOTOR ELECTRICO: BOMBA Nº 1A	I1	AMP.
		I2	AMP.
		I3	AMP.
2	AMPERAJE MOTOR ELECTRICO: BOMBA Nº 2B	I1	AMP.
		I2	AMP.
		I3	AMP.

PRE - TRATAMIENTO			
Nº	FILTRO MULTIMEDIA		UNIDAD
1	Diferencia entre lectura de presión de ingreso y salida	P1-P2	Psig
2	tiempo de retrolavado	Tmtro	min.
Nº	FILTRO DE CARBON ACTIVADO		UNIDAD
1	Diferencia entre lectura de presión de ingreso y salida	P1-P2	Psig
2	tiempo de retrolavado	Tmtro	min.
Nº	ABLANDADORES DE AGUA		UNIDAD
1	Diferencia entre lectura de presión de ingreso y salida del ablandador Nº 1	P1-P2	Psig
2	Diferencia entre lectura de presión de ingreso y salida del ablandador Nº 2	P1-P2	Psig

TRATAMIENTO			
Nº	SISTEMA DE OSMOSIS INVERSA		UNIDAD
1	Presión pre-filtro	Ppre	Psig
2	Presion post-filtro	Ppost	Psig
3	Caudal del permeado (Qp)	Qp	GPM
4	Caudal del concentrado (Qc)	Qc	GPM
5	Porcentaje de recuperación	$Qp/(Qp+Qc)$	%
6	Conductividad del concentrado	Cc	usiem/cm
7	Conductividad promedio	$(CF+CE)/2$	usiem/cm
8	Presión de operación principal	Pop	Psig
9	Presión final del sistema	Pfinal	Psig
10	Ampareje motor eléctrico electrobomba de alta presión del sistema de osmosis inversa	I1	AMP.
		I2	AMP.
		I3	AMP.

POST TRATAMIENTO			
Nº	DISTRIBUIDOR DE AGUA PERMEADA		UNIDAD
1	AMPERAJE MOTOR ELECTRICO: BOMBA Nº 3A	I1	AMP.
		I2	AMP.
		I3	AMP.
2	AMPERAJE MOTOR ELECTRICO: BOMBA Nº4B	I1	AMP.
		I2	AMP.
		I3	AMP.
3	FILTROS		UNIDAD
4	Caida de presión filtro tipo cartucho 0.45 micra	(pf-pe)	Psig
5	Caida de presión filtro tipo cartucho 0.2 micro	(pf-pe)	Psig
6	LAMPARA ULTRAVIOLETA		
7	Horas - días de funcionamiento	Horas	Días



**HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE DIALISIS PERITONEAL
CONSULTA MEDICA NEFROLÓGICO**

PREFACTURA _____

Paciente _____ Edad _____ DNI _____ Fecha _____

Motivo de consulta _____	Tiempo de enfermedad _____

Anamnesis _____

Examen Fisico	T°	P.A.	F.C.	F.R.	PESO	TALLA	IMC

ALERGIA A MEDICAMENTOS SI () NO ()	VACUNACION COMPLETA() EN CURSO() NO SE ADMINISTRO()
	TRANSFUSIONES SI () NO ()

DIAGNOSTICO:	P	D	CIE10
TRATAMIENTO	MODALIDAD DE DIALISIS		
	SISTEMA DE DIALISIS	ULTRABAG ()	ANDY DISK()
	SOLUCION DE DIALISIS	VOL. LTR	CANT.
	Solucion de dialisis peritoneal _____%		
	Solucion de dialisis peritoneal _____%		
	Solucion de dialisis peritoneal _____%		
	Obturadores		
	Set de tubuladuras		
	Lineas de drenaje		
	TRATAMIENTO DIALITICO		
	Vol. Total De infusion		
	Tiempo de tratamiento		
	Volumen de Infusion		
	N°de ciclos		
	Tiempo de permanencia :		
	Objetivo UF		

PLAN DE TRABAJO

Exámenes Auxiliares:	Interconsultas:
Procedimientos especiales:	Contrareferencia

PROXIMA CITA:

ATENDIDO POR:	Firma y Sello: _____ (Colegio prof.)	FIRMA DEL PACIENTE
----------------------	--	---------------------------



**HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE DIALISIS PERITONEAL
CONSULTA DE ENFERMERIA**

FECHA: _____ PREFACTURA _____ N° SIS _____ DNI _____

NOMBRES APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____

HCL: _____ TIEMPO EN DP _____ SISTEMA DP: _____ MODALIDAD _____

MARCADORES DE HAPATITIS _____

ANAMNESIS

APETITO _____ SED: _____ DISGUEUSIA _____ NAUSEA _____

SUEÑO: _____ PRURITO _____ DEBILIDAD: _____

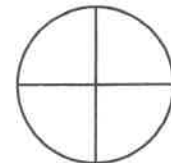
RIESGO PERIFERICO:		EXTREMIDADES SUPERIORES	NORMAL ()	CIANOSIS ()	FRIA ()	KTV VOLUMEN TOTAL	PET VOLUMEN DRENADO	PET 1	
		EXTREMIDADES INFERIORES	NORMAL ()	CIANOSIS ()	FRIA ()			PET 2	
ACTIVIDAD CIRCULATORIA	PULSO BRANQUIAL ()		PULSO RADIAL ()	PULSO PEDIO ()	PULSO POPLITEO		SOL %	PET 3	
EXAMEN FISICO									
PRESION ARTERIAL	FREC. CARDIACA	FREC. RESPIRATORIA	TEMPERATURA			PESO KG			
EDEMAS:		DEPOSICIONES	FRECUENCIA			TALLA CM.			
LIQUIDOS ORALES	PROMEDIO UF:	DIURESIS	BALANCE			IMC			

PIEL Y ANEXOS _____

ORIFICIO DE SALIDA _____ UBICACION _____ SALIDA _____

APRECIACIONES:

INTERVENCIÓN



- 0 - Perfecto
- 1 - Bueno
- 2 - Equivoco
- 3 - Inf. Agudo
- 4 - Inf Crónico
- 5 - Traumático

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

CODIGO	DOMINIO / DIAGNOSTICO

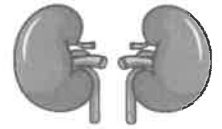
CUIDADOS RECOMENDADOS:

FIRMA Y SELLO
(Colegio Prof.)

FIRMA DEL PACIENTE



CONTROL DE DESINFECCION Y HORAS DE DIALISIS



BIOMEDICO: _____

FECHA _____

DIA _____

PRIMER TURNO

MAQUINA	DIALISIS		DESINFECCIÓN			TIEMPO
	Hora Inicio	Hora Final	Peracetico	Citrico	Lejía	min.
FRESENIUS						
N°1, 6SXAJK16						
NITRO						
N°2, J18976S						
N°3, J18977S						
N°4, J18978S						
N°5, J18979S						
N°6, J21659S						
N°7, J21660S						
OBSERVACIONES						

BIOMEDICO ENCARGADO _____

SEGUNDO TURNO

MAQUINA	DIALISIS		DESINFECCIÓN			TIEMPO
	Hora Inicio	Hora Final	Peracetico	Citrico	Lejía	min.
FRESENIUS						
N°1, 6SXAJK16						
NITRO						
N°2, J18976S						
N°3, J18977S						
N°4, J18978S						
N°5, J18979S						
N°6, J21659S						
N°7, J21660S						
OBSERVACIONES						

BIOMEDICO ENCARGADO _____



CONTROL DE DESINFECCIÓN Y HORAS DE DIALISIS

BIOMEDICO _____

FECHA
DIA _____

TERCER TURNO

MAQUINA	DIALISIS		DESINFECCIÓN			TIEMPO Min.
	Hora Inicio	Hora Final	Peracetico	Cítrico	Legía	
FRESENIUS						
Nº 1, 6SXAJK16						
NIPRO						
Nº 2, J18976S						
Nº 3, J18977S						
Nº 4, J18978S						
Nº 5, J18979S						
Nº 6, J21659S						
Nº 7, J21660S						
OBSERVACIONES						

BIOMEDICO ENCARGADO

CUARTO TURNO

MAQUINA	DIALISIS		DESINFECCIÓN			TIEMPO Min.
	Hora Inicio	Hora Final	Peracetico	Cítrico	Legía	
FRESENIUS						
Nº 1, 6SXAJK16						
NIPRO						
Nº 2, J18976S						
Nº 3, J18977S						
Nº 4, J18978S						
Nº 5, J18979S						
Nº 6, J21659S						
Nº 7, J21660S						
OBSERVACIONES						

BIOMEDICO ENCARGADO



HOJA DE FARMACOTERAPIA



NOMBRE _____ PESO: _____ Kg.

COD. SIS/CUS: _____ F. NACIMIENTO: _____ EDAD _____

SERVICIO _____ N° DE CAMA _____

DIAGNOSTICO _____

FECHA DE INGRESO _____

FECHA DE EGRESO _____

CODIGO DE PRESTACIÓN _____

ALERGIAS _____

AHCL _____

PREFACTURA _____

VB° OF. SIS. _____

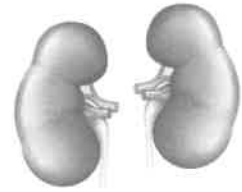
FPA _____

RCBO. FAR - SIS _____ / _____ / _____

NOMBRE	CONCENTRACION	UNIDAD	DOSIS CANT. A APLICAR mg/ml/mEq	VIA DE USO	TOTAL
SET DE LINEAS ARTERIAL Y VENOSA		UND			
FILTRO PARA HEMODIALISIS		UND			
CARTUCHO BICARBONATADO	NIPRO	GAL			
CARTUCHO BICARBONATADO	ERESENIUS	GAL			
SOLUCION ACIDA	NIPRO	GAL			
SOLUCION ACIDA	ERESENIUS	GAL			
EQUIPO DE VENOLISIS		UND			
CLORURO DE SODIO	9% X 1000ml	FCC			
CLORURO DE SODIO	9% X 100 ml	FCC			
HEPARINA	25000 UI	FCC			
AGUJAS DE FISTULA	N° 18	UND			
JERINGA	20 CC	UND			
JERINGA	10 CC.	UND			
JERINGA	5 CC	UND			
JERINGA	3CC	UND			
JERINGA	1 CC	UND			
JERINGA	10X10	SOB			
GASAS ESTERILES	7.5 X 7.5.	SOB			
GASAS ESTERILES	6.5/7/7.5	PAR			
GUANTES QUIRURGICOS	10 X 12	UNI			
APOSITO TEGADERM	1 mg	AMP			
HIDROXICOBALAMINA	100mg	AMP			
HIERRO SACARATO	2000 UI	AMP			
ERITROPOYETINA	1 mg	AMP			
CALCITRIOL X 1ml.		AMP			
BICARBONATO DE SODIO 8.4%		AMP			
DEXTROSA 33:3%		AMP			
METAMIZOL 2 ml	1 gr.	AMP			
DICLOFENACO SODICO 3mlL	7 mg	AMP			
DESAMETAZONA 2 ml	4 m	AMP			
TRAMADOL	50 mg.	AMP			
RANITIDINA	50 mg.	AMP			
CLORFENAMINA	4 mg	AMP			
NIFEDIPINO	10 mg.	TAB			
CAPTOPRIL	25 mg.	TAB			
AGUJA N° 18		UNI			
AGUJA N° 21		UNI			
LLAVE DE TRIPLE VIA					
ERITROPOYETINA	4000 UI	AMP			



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

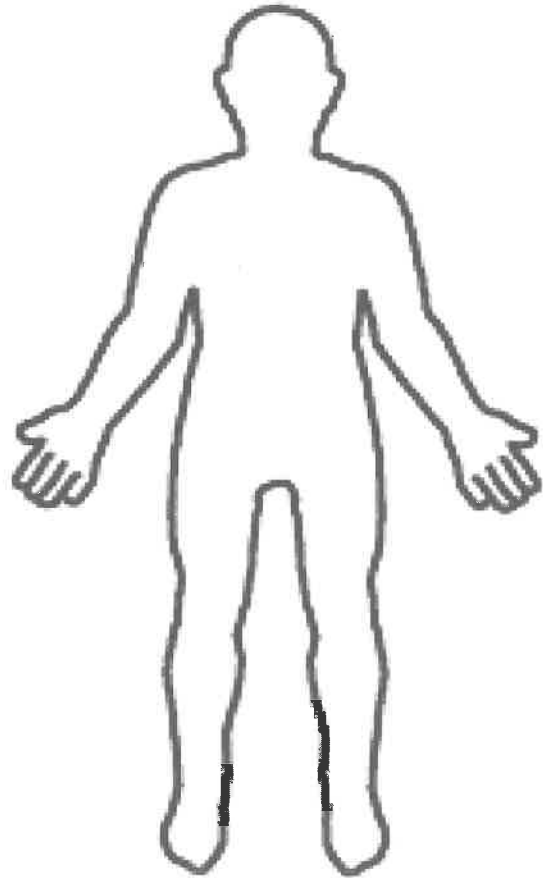
Yo: _____

Nombres y Apellidos: _____

1.- ACCESO VASCULAR : (Grafique con rojo donde se encuentre localizado).

PERMANENTE:

FISTULA ARTERIOVENOSA (FAV)	RADIAL CEFALIZA DERECHA PROXIMAL	FRCD-P
	RADIAL CEFALIZA DERECHA MEDIA	FRCD-M
	RADIAL CEFALIZA DERECHA DISTAL	FRCD- D
	RADIAL CEFALIZA IZQUIERDA PROXIMAL	FRCI- P
	RADIAL CEFALIZA IZQUIERDA MEDIA	FRCI- M
	RADIAL CEFALIZA IZQUIERDA DISTAL	FRCI- D
	BRAQUIAL DERECHA	FBD
	BRAQUIAL IZQUIERDA	FBI
	FEMORAL DERECHA	FFD
	FEMORAL IZQUIERDA	FFI
	SUPERFICIALIZACIÓN DE SAFENA	SF
INJERTO	RADIAL DERECHA	IRD
	RADIAL IZQUIERDA	IRI
	HUMERO SUBCLAVIO DERECHO	IHSD
	HUMERO SUBCLAVIO IZQUIERDO	IHSI
	FEMORAL DERECHO	IFD
	FEMORAL IZQUIERDO	IFI
AUTO INJERTO	BRAZO DERECHO	AUBD
	BRAZO IZQUIERDO	AUBI
	VENA SAFENA DERECHA	AUSBSD
	VENA SAFENA IZQUIERDA	AUSBI
CATETER VENOSO CENTRAL TEMPORAL	YUGULAR	CTY
	SUB CLAVIO	CTS
	FEMORAL	CTF
CATETER VENOSO CENTRAL PERMANENTE	SUBCLAVIA	CPS
	FEMORAL	CPF
	TRANSLUMBAR	CPTL



PESO SECO:

.....

DX. ENFERMERÍA:

.....

.....

.....

.....

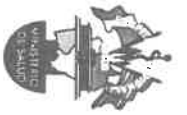
1.- CARACTERÍSTICAS DEL FAV :

HIGIENE: BUENA () MALA ()

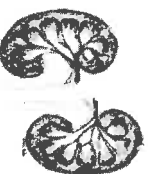
TRIL: SOPLO () LATIDO () EDEMAS () EQUIMOSIS ()

.....

ENF. RESPONSABLE



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS



TURNO:1°.....

MES:

AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:2°.....

MES:

AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:3°.....

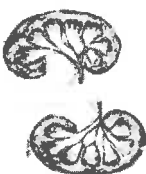
MES:

AÑO :

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							



HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGIA
UNIDAD DE HEMODIALISIS



TURNO:1°.....

MES:

AÑO :

FORMATO DE SUPERVISION DE USO FINAL DE DISPOSITIVOS MEDICOS - FILTROS DE HEMODIALISIS

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:2°.....

MES:

AÑO :

FORMATO DE SUPERVISION DE USO FINAL DE DISPOSITIVOS MEDICOS - FILTROS DE HEMODIALISIS

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

TURNO:3°.....

MES:

AÑO :

FORMATO DE SUPERVISION DE USO FINAL DE DISPOSITIVOS MEDICOS - FILTROS DE HEMODIALISIS

N°	NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA	FILTRO DE UN SOLO USO		N° SERIE DEL FILTRO	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE
			SI	NO			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							



HOJA DE EVOLUCION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ FECHA DE INICIO: _____ GRUPO SANGUINEO: _____

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
FECHA												
MENSUAL												
CREATININA SERICA												
UREA SERICA												
CALCIO IONICO												
FOSFORO SERICO												
GLUCOSA EN SANGRE												
HEMOGRAMA-HEMOGLOBINA												
HEMOGRAMA-HEMATOCRITO												
ELECTROLITOS (NA)												
ELECTROLITOS (K)												
ELECTROLITOS (CL)												
4 VECES AL AÑO												
PROTEINAS TOT. Y FRAC.												
ALBUMINA												
TGO												
TGP												
FOSFATASA ALCALINA												
COLESTEROL TOTAL												
COLESTEROL HDL												
COLESTEROL LDL												
TRIGLICERIDOS												
PARATOHORMONA												
HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C												
1 VEZ AL AÑO												
FERRITINA												
SATURACION DE TRANSFERRINA												
COLESTEROL VLDL												
BILIRRUBINA TOTAL												
BILIRRUBINA INDIRECTA												
BILIRRUBINA GLOBULINA												
PESO												
EDEMA												
P/A												
PROMEDIO UFA												
VALOR PIP												

FECHA DEL EXAMEN DE LABORATORIO												
INDICADORES DE DIALISIS ADECUADA	KTV											
CREATININA EN LIQUIDO PERITONEAL	KTV											
UREA EN LIQUIDO PERITONEAL	KTV											
CREATININA EN ORINA	KTV											
UREA EN ORINA	KTV											
TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL												
CREATININA EN LIQUIDO PERITONEAL	PET											
GLUCOSA EN LIQUIDO PERITONEAL	PET											

1 VEZ AL AÑO	RESULTADO	FECHA
ANTICUERPO HEPATITIS C		
HBsAg		
HBcAb ANTICUERPOS ANTICORE TOTAL		
HBsAc ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE		
VIH		
VDRL		



HOJA DE EVOLUCION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE INICIO:

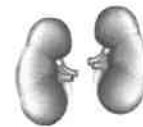
GRUPO SANGUINEO:

FECHA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
FECHA												
MENSUAL												
CREATININA SERICA												
UREA SERICA												
CALCIO IONICO												
FOSFORO SERICO												
GLUCOSA EN SANGRE												
HEMOGRAMA-HEMOGLOBINA												
HEMOGRAMA-HEMATOCRITO												
ELECTROLITOS (NA)												
ELECTROLITOS (K)												
ELECTROLITOS (CL)												
4 VECES AL AÑO												
PROTEINAS TOT. Y FRAC.												
ALBUMINA												
TGO												
TGP												
FOSFATASA ALCALINA												
COLESTEROL TOTAL												
COLESTEROL HDL												
COLESTEROL LDL												
TRIGLICERIDOS												
PARATORMONA												
HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C												
1 VEZ AL AÑO												
FERRITINA												
SATURACION DE TRANSFERRINA												
COLESTEROL VLDL												
BILIRUBINA TOTAL												
BILIRUBINA INDIRECTA												
BILIRUBINA												
CLOBULINA												
FECHA DEL EXAMEN DE LABORATORIO												
INDICADOR DE DIALISIS ADECUADA	KTV											
CREATININA EN LIQUIDO PERITONEAL	KTV											
UREA EN LIQUIDO PERITONEAL	KTV											
CREATININA EN ORINA	KTV											
UREA EN ORINA	KTV											
TEST DE EQUILIBRIO PERITONEAL	PEI											
CREATININA EN LIQUIDO PERITONEAL	PET											
GLUCOSA EN LIQUIDO PERITONEAL	PET											

1 VEZ AL AÑO	RESULTADO	FECHA
ANTICUERPO HEPATITIS C	HbsAg	
HbAc ANTICUERPOS ANTICORE TOTAL	HbAc ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE	
VIH	VDRL	



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



FICHA DE REFERENCIA DE SESION DE HEMODIALISIS DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS		N° DE DIALISIS	FECHA
EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE		PA INICIO:	
		PA SALIDA:	
ULTRAFILTRACIÓN EFECTIVA	HEPARINA: CONTINUA () TOTAL () RESTRINGIDA () SIN HEPARINA ()	Na INICIO:	
QB		Na SALIDA:	
MEDICACION ADMINISTRADA INTRADIALISIS	TIEMPO DE SESION DE HEMODIALISIS:	INICIO HD	FINALIZACION DE HD
EVALUACIÓN FINAL DEL PACIENTE			
PROXIMA SESION DE HEMODIALISIS	FIRMA Y SELLO DE RESONSABLE DE LA ATENCION →		



HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
SERVICIO DE NEFROLOGÍA
UNIDAD DE HEMODIÁLISIS



FICHA DE REFERENCIA DE SESION DE HEMDIALISIS DE ENFERMERÍA

NOMBRES Y APELLIDOS		N° DE DIALISIS	FECHA
EVALUACIÓN INICIA DEL PACIENTE		PA INICIO:	
		PA SALIDA:	
ULTRAFILTRACIÓN EFECTIVA	HEPARINA: CONTINUA () TOTAL () RESTRINGIDA () SIN HEPARINA ()	Na INICIO:	
QB		Na SALIDA:	
MEDICACION ADMINISTRADA INTRADIALISIS	TIEMPO DE SESION DE HEMODIALISIS:	INICIO HD	FINALIZACION DE HD
EVALUACIÓN FINAL DEL PACIENTE			
PROXIMA SESION DE HEMODIALISIS	FIRMA Y SELLO DE RESONSABLE DE LA ATENCION →		