

Propuesta de información para sistema de B-Braun	
Datos del Paciente	
Nombre completo	
Fecha de nacimiento	
Edad	
ID	
Sexo	
Nacionalidad	
Estado civil	
Idioma	
Religión	
Pertenencia a comunidad indígena/ etnia asociada	
Identificación oficial (número de documento)	
RFC	
Dirección (calle, colonia, municipio, estado, país)	
Teléfono	
Correo electrónico	
CURP	
Entidad de nacimiento	
Escolaridad	
Ocupación	
Servicio de procedencia (hospitalizado/ ambulatorio)	
Tipo de acceso vascular / tiempo de permanencia de este	
Folio de pago	
Contacto de emergencia.	
Resumen clínico	
Fecha y hora de registro (Inicio y Fin de tratamiento)	
Tipo de atención medica	
Motivo de consulta	
Antecedentes personales patológicos	
Padecimiento actual	
Exploración física	
Interrogatorio por aparatos y sistemas	
Nota médica Incluir (Tiempo de tratamiento, Ultrafiltración (UF), perfil de UF, QD, QB, dializador, Na prescrito, K Prescrito, Ca Prescrito , Bicarbonato Prescrito, temp, heparina/hr, heparina total)	
-Turno y días asignados para terapia	

-Serología
-Grupo sanguíneo
-Tipo de acceso vascular / tiempo de permanencia de este
-Procedimiento realizado
-Código CIE-10
-Código CIE-9
-Tipo de anestesia (No aplica)
-Lote de dializador
Seguridad durante procedimientos y/o tratamientos:
1. Lista de verificación pre-procedimiento de tratamiento
-Procedimiento correcto
-Paciente correcto
-Disponibilidad de documentación del paciente
-Estudios de laboratorio relevantes del paciente
-Alergias del paciente
-Riesgo de caídas (Alto, medio y bajo)
-Escala de EVA (dolor) (Del 0 al 10)
-Riesgo de infección (Alto, medio y bajo)
-Identificación y reducción de barreras
-Aceptación de voluntad anticipada (Si) (No)
-Riesgo de hemorragia
-Filtro de hemodiálisis correcto de acuerdo a prescripción
-Identifica acceso vascular
-Equipos y/o dispositivos médicos presentes y funcionales
2. Tiempo fuera
-Procedimiento correcto
-Paciente correcto
-Prescripción del tratamiento dialítico
-Filtro de hemodiálisis correcto
-Valoración del acceso vascular
3. Valoración de peso
-Peso seco
-Peso prediálisis
-Balance total
-Peso postdiálisis
4. Alta de enfermería
-Tiempo total
-UF total
-Sangre Procesada
-Calidad del AV

Valoración acceso vascular "catéter":
-Pre-hemodialisis (apósito, piel, sitio de inserción cuerpo del catéter)
-Trans-hemodialisis (lúmenes invertidos, acceso funcional, complicaciones)
-Post-hemodialisis (tipo de sello, acceso funcional, complicaciones)
Valoración acceso vascular "Fístula":
-Pre-hemodialisis (Thrill, fistula desarrollada, fistula en desarrollo, aneurismas)
-Trans-hemodialisis (técnica de punción, acceso, funcional, complicaciones)
-Post-hemodialisis (hemostasia, acceso funcional, complicaciones)
Monitorización del paciente pre, trans, post hemodiálisis.
-Hora, TA, FC, FR, PAM, TEM, PV,PA,QB,QD,PTM, Conductividad
Valoración del paciente (respiratorio circulatorio, cardiovascular, abdomen, extremidades, neurológico, infección, tipo de precaución)
Prescripción de tratamiento pre y post hemodiálisis
Tiempo, Ultrafiltración (UF), perfil de UF, QD, QB, dializador, Na prescrito, Temperatura, heparina/hr, heparina total.
Tiempo real, Ultrafiltración (UF)real, QB real,QD real, perfil de UF, dializador real, Na prescrito real , temp real, heparina total, Sangre procesada, KTV/URR
Estudios de laboratorio
Indicación de medicamentos de alto riesgo.
Nota de enfermería
Observaciones
Complicaciones
Pronósticos
Validación
Nombre completo, firma y cedula profesional de:
Medico de turno.
Nefrólogo responsable
Jefe de enfermería
Personal de enfermería responsable
Comentarios de familiar o paciente
Firma de paciente o cuidador primario que recibe al paciente