

## SOLICITUD DE INFUSORES / PCA PARA UNIDAD DEL DOLOR AGUDO

FECHA:

HORA DE CAMBIO DE INFUSOR/PCA:

Datos del paciente:

ESPACIO RESERVADO PARA LA PEGATINA  
IDENTIFICATIVA DEL PACIENTE

CAMA: \_\_\_\_\_

Vía:

O Epidural

O Intravenosa

Tipo:

O Infusor 2 ml/h

O Infusor 5 ml/h

O PCA

Protocolo:

- N° 1 Bupivacaína 0,1%
- N° 2 Bupivacaína 0,1% - Fentanilo 2 mcg/ml
- N° 3 Tramadol 6 mg/ml- Ketorolaco 1,8 mg/ml
- N° 4 Tramadol 6 mg/ml- Metamizol 120 mg/ml
- N° 5 Morfina 0,3 mg/ml - Droperidol 0,025 mg/ml
- Otros, especificar: \_\_\_\_\_

Médico prescriptor: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_