

PLANILLA SEDOANALGESIA

DEPARTAMENTO PEDIATRIA



Nombre y Apellido: Fecha:.....

CI: Celular:..... Sexo: F M

Edad:años.....meses Peso (kg):

Alergias: SI NO ¿Cuál?.....

Medicación habitual:.....

Utilización de la escala del dolor previo a la maniobra: **SI NO**

Intensidad del dolor según escala correspondiente:.....

Mallampati Grado: 1 2 3 4

ANALGESIA / SEDACIÓN

Sedación NO farmacológica: SI NO. ¿Cuál?.....

Sedación farmacológica:

Fármaco 1..... Fármaco 2.....

Vía:..... Vía:.....

Dosis inicial:..... Dosis inicial:.....

Dosis recibida durante el procedimiento:..... Dosis recibida durante el procedimiento:.....

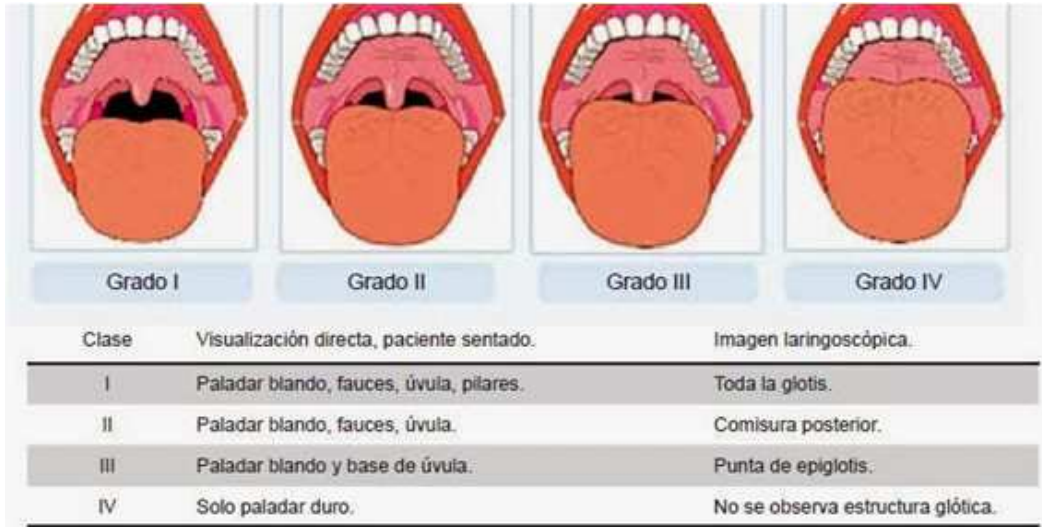
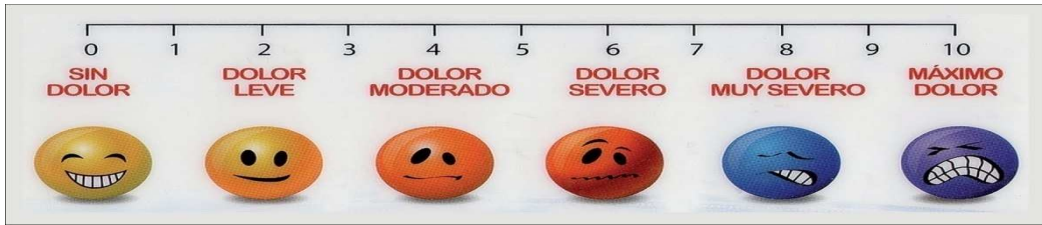
	Previo Procedimiento	Administración del fármaco	Inicio Procedimiento	5 min	15 min	30 min	Alta Procedimiento
Hora							
FC							
PA							
FR							
SatO2							
GCS							

Presencia de efectos adversos:.....

.....

.

Firma del responsable..... Nº Ficha.....



Escala clínica para otorgar ALTA luego de realizar Sedoanalgesia.

- 1- Cualquier valor de 0 no se otorga el alta.
- 2- Requiere un valor de 10 o mayor para otorgar el alta.

Categoría	Opciones	Puntos
Actividad	Mueve las 4 extremidades	2
	No mueve las extremidades	0
Respiración	Respira normalmente	2
	Trabajo respiratorio leve	1
	Apnea	0
Conciencia	Esta despierto	2
	Se despierta con el estímulo	1
	No se despierta	0
Oxigenación	Sat. O2 VEA >92%	2
	Sat. O2 con oxígeno <90%	0
Dolor	Sin dolor	2
	Dolor persistente	0
Vómitos	Ausentes	2
	Aislados	1
	Persistentes	0

SEGUIMIENTO TELEFONICO:	FECHA:
--------------------------------	---------------