

JABÓN QUIRÚRGICO PH NEUTRO

CONCENTRACIÓN: **CLORURO DE
BENZALCONIO 0.5mg**

FECHA PREPARACIÓN:

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:
TEMPERATURA AMBIENTE

PRECAUCIONES:
SOLO USO EXTERNO

PREPARÓ:



ISODINE YODOPOVIDONA 8GR

CONCENTRACIÓN: **0.8GR**

FECHA PREPARACIÓN:

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:
TEMPERATURA AMBIENTE

PRECAUCIONES: **NO USAR EN
PERSONAS ALÉRGICAS**

PREPARÓ:



CLORURO DE POTASIO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



SULFATO DE MAGNESIO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



GLUCONATO DE CALCIO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



BICARBONATO DE SODIO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



COLORURO DE SODIO 17.7%

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



FOSFATO DE POTASIO

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



INSULINAS/HEPARINAS

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



AMINAS / SEDANTES

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



ALCOHOL ETÍLICO DESNATURALIZADO

CONCENTRACIÓN:
ALCOHOL AL 70%

FECHA PREPARACIÓN:

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:
TEMPERATURA AMBIENTE

PRECAUCIONES: **NO INGERIBLES**

PREPARÓ:



SOLUCIONES VENOCLISIS

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CAMA: _____ FECHA: _____

DESCRIPCIÓN: _____

HORA/INICIO: _____ HORA/FIN: _____

MILILITROS POR HORA: _____

ENFERMERA(O): _____

VERIFICÓ: _____



SOLUCIÓN ANTISÉPTICA

NOMBRE DE LA SOLUCIÓN:

CONCENTRACIÓN:

FECHA PREPARACIÓN:

CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:
TEMPERATURA AMBIENTE

PRECAUCIONES: **MANTENER EL ENVASE CERRADO**

PREPARÓ:



MEDICAMENTO: _____

FECHA DE APERTURA: _____

HORA: _____

DILUCIÓN: _____

ENFERMERA: _____

PTE: _____

CAMA: _____

MEDICAMENTO: _____

HORA: _____

ENF: _____

A red diamond-shaped warning sign with white text. The text is centered and reads "MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO".

**MEDICAMENTO
DE
ALTO RIESGO**

A blue diamond-shaped logo with the text "MEDICAMENTO LASA" centered inside in white, bold, uppercase letters.

**MEDICAMENTO
LASA**