

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP INSTITUTO DO CORAÇÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL PEDIÁTRICA			Doc. N°:	
PACIENTE:		PARÂMETROS	DIETA PARENTERAL INDIVIDUALIZADA		Volume para 24 h	
			AMONIÁCIDOS 10% (COM TAURINA)	mL	mL	
REGISTRO:			SOLUÇÃO DE GLICOSE MONOIDRATADA 50%	mL	mL	
LEITO:	RAMAL:		SOLUÇÃO DE GLICOSE MONOIDRATADA _____%	mL	mL	
PESO:	IDADE:		EMULSÃO LIPÍDICA TCL/TCM _____%	mL	mL	
INSTALAÇÃO DA NUTRIÇÃO PARENTERAL			FOSFORO ORGÂNICO 1mMOL/ML	mL	mL	
Horário	Responsável		FOSFATO DE POTÁSSIO 2 mEq/mL	mL	mL	
Fr. 1	Ass:		CLORETO DE SÓDIO 20%	mL	mL	
Fr. 2	Ass:		SULFATO DE MAGNÉSIO 10%	mL	mL	
			CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%	mL	mL	
			OLIGOELEMENTOS	mL	mL	
			POLIVITAMINICO PEDIATRICO A	mL	mL	
			POLIVITAMINICO PEDIATRICO B	mL	mL	
				mL	mL	
			CALORIAS:			
			gN/Cal:			
			OFERTA HÍDRICA	ÁGUA DESTILADA	mL	mL
				VOLUME FINAL DA SOLUÇÃO:	mL	mL
		Assinatura e Carimbo do médico			VELOCIDADE DE INFUSÃO:	mL/h
DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	VIG:	VIAS DE ADMINISTRAÇÃO: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférica			