

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
REGISTRO:				SOLUÇÃO DE GLICOSE MONOIDRATADA 50%	mL
LEITO:		RAMAL:		SOLUÇÃO DE GLICOSE MONOIDRATADA _____%	mL
PESO:		IDADE:		EMULSÃO LIPÍDICA TCL/TCM _____%	mL
INSTALAÇÃO DA NUTRIÇÃO PARENTERAL				FOSFORO ORGÂNICO 1mMOL/ML	mL
Horário		Responsável		FOSFATO DE POTÁSSIO 2 mEq/mL	mL
Fr. 1		Ass:		CLORETO DE SÓDIO 20%	mL
Fr. 2		Ass:		SULFATO DE MAGNÉSIO 10%	mL
				CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%	mL
				OLIGOELEMENTOS	mL
				POLIVITAMINICO PEDIATRICO A	mL
				POLIVITAMINICO PEDIATRICO B	mL
					mL
			CALORIAS:		
			gN/Cal:		
			OFERTA HÍDRICA	ÁGUA DESTILADA	mL
Assinatura e Carimbo do médico			VIG:	VOLUME FINAL DA SOLUÇÃO:	mL
DATA: ____/____/____	HORA: ____:____			VELOCIDADE DE INFUSÃO:	mL/h