FORMULÁRIO DE EXAMES COMPLEMENTARES UTI ADULTO

Nº Leito_____UTI _____

Nome_____Idade:_____Registro: _____

DAC-UTI-FOR-2

DATA												DATA				
HORA												HORA				
Aparelho												TAP				
Modo Ventilat												Atividade %				
FR												INR				
Vol.Corrente												TTPA				
PS ou PC												Ratio				
PEEP												Fibrinogênio				
FIO2												Troponina				
Relação P/F												CKMB				
Art/ Ven												CPK Total				
Ph												Cálcio				
PCO_2												Cálcio Ioniz				
PO_2												Magnésio				
StO_2												Cloro				
BE												Fósforo				
HCO^3												DHL				
Hb												Gama GT				
Ht												Fosf. Alcalina				
Plaquetas												Amilase				
Leucócitos												Lipase				
Miel / Met												TGO				
Bast / Seg												TGP				
Eosinf /Basof												Bilrr Total				
Linf T/Linf At												Bilrr Direta				
Monócitos												Bilrr Indir				
Na sérico												Proteínas T				
K sérico												Albumina				
Uréia												Globulina				
Creatinina												Colesterol T				
Glicemia												HDL				
PCR												LDL				
Lactato												Triglicérides				
HEMOC												ECG				
UROC												EEG				
Cult STQ												Tomogrf				
Cult Ponta cat.												R Mag.				
Rx. Tórax												USom				