Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames
Unidad de Farmacia y Prótesis / UPCA
Q.F. Ismael Peso Soto

Fecha: ____ / ____ / ____

Día de Infusión: _____

RECOMENDACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS

Nombre de Paciente:	
Edad:	**Peso:**
N° Ficha:	**Servicio Clínico:**
Diagnóstico:	
Indicación Médica (Dosificación):	
Laboratorio de producto:	**Lote:**
Fecha de Vencimiento:	**Presentación (g/ml):**

Dosificación y velocidad de infusión de Inmunoglobulinas:
- Se inicia a 0.01 cc/kg/h por los primeros 30 minutos.
- Luego se continúa a 0.02 cc/kg/h por los siguientes 30 minutos.
- Si no hay complicaciones, se puede aumentar a una dosis máxima de 0.04 cc/kg/h.

Control de signos vitales de paciente:
- Primera hora, controlar cada 15 minutos.
- Segunda hora, controlar cada 30 minutos.
- Desde Tercera hora, realizar control horario hasta el término de infusión.

Hora	FC	PA	PAM	FR	T°	Sat. O_2	Velocidad de infusión (ml/h)	N° de Frasco empleado

Observaciones: _____
_____
_____
_____

_____ _____

Nombre y Firma de Enfermera **Nombre y Firma de T. Paramédico**