

**HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”**  
**Área Farmacia**

SOLICITUD DE SOLUCIÓN P/ DIÁLISIS PERITONEAL / SOLUCIÓN DE REEMPLAZO

PACIENTE.....H.C.....FECHA.....  
SECTOR.....  
EDAD..... PESO.....  
DIAGNÓSTICO.....

Indique el volumen necesario para 24 hs. Si la solicitud se indica en horario de guardia se debe calcular el volumen necesario desde la indicación hasta la 10 hs del día siguiente.

Rp/

	<u>SOLUCIÓN DIÁLISIS PERITONEAL</u>			<u>SOLUCIÓN DE REEMPLAZO</u>		
	COMERCIAL	HTAL. GARRAHAN		COMERCIAL		HTAL. GARRAHAN
COMPONENTES	2% * (0964.PS)	2,5 % (1856.RD)	4% (1857.RD)	C/LACTATO* (1850.79)	S/LACTATO** (1846.PS)	(1854.RD)
Na + (mEq/L)	140	140	140	140	102	140
Cl - (mEq /L)	101	100	100	109,5	100	100
CO3H - (mEq/L)	-	40	40	-	**	40
Ca ++ (mEq/L)	4	-	-	3,5	-	-
Mg ++ (mEq/l)	1,5	-	-	1	-	-
<b>Lactato (mEq/L)*</b>	<b>44,5</b>	-	-	<b>35</b>	-	-
Dextrosa (g/L)	20	25	40		2	2
VOLUMEN (Lts) 24 hs						

\* Para pacientes sin fallo hepático

\*\* **Deberá agregarse el Bicarbonato de Sodio previo a la administración (40 ml de Bicarbonato de sodio 1 Molar / litro de Solución)**

MÉDICO SOLICITANTE.....