

**SOLICITUD DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL/SOLUCIÓN DE REEMPLAZO**

ES IMPRESCINDIBLE COMPLETAR TODOS LOS DATOS DE LA SOLICITUD

**Sticker del paciente**  
o completar:  
Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
HC: \_\_\_\_\_

Fecha:	Sala:
Peso:	Edad:
Diagnóstico: _____	

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

Rp./	SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL			SOLUCIÓN DE REEMPLAZO
	COMERCIAL	HOSPITAL GARRAHAN		COMERCIAL
COMPONENTE	2,5 % (1512.WQ)	2,5 % * (1856.RD)	4% * (1857.RD)	(2207.XR)
Sodio (mEq/L)	132	140	140	140
Potasio (mEq/l)	-----	-----	-----	2
Cloruro (mEq/L)	96	100	100	111
Bicarbonato (mEq/L)	-----	40	40	35
Calcio (mEq/L)	3,5	-----	-----	3
Magnesio (mEq/L)	0,5	-----	-----	1
Lactato (mEq/L)	40	-----	-----	-----
Dextrosa (g/L)	25	25	40	1
Volumen (Litros)				

\* Para pacientes CON fallo hepático

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

(Firma - Sello - Matrícula)