

Nº Expediente:

MODELO 17.a

**PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA POR PROFESIONAL SANITARIO  
(Anexo del MODELO 12.2, punto 8º)**

**Art. 12.b de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo)**

<b>Datos del paciente</b> <i>(Documento anonimizado, no indicar datos de identificación del paciente)</i>		
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Peso:</b>
<b>Datos médico responsable</b>		<b>Datos enfermero/a equipo asistencial</b>
<b>Nombre y Apellidos:</b>		<b>Nombre y Apellidos:</b>
<b>Nº de colegiado:</b>		<b>Nº de colegiado:</b>
<b>Centro/Servicio:</b>		<b>Centro/Servicio:</b>
<b>Fecha de realización de la prestación:</b>		
<b>Lugar de realización:</b>		
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> C. Sociosanitario <input type="checkbox"/> Residencia personas mayores		

<input type="checkbox"/> <b>Revisión previa del procedimiento por médico responsable y equipo asistencial</b>	<b>Fecha:</b>
---	---------------

<b>Comprobación del material necesario</b>
<input type="checkbox"/> Compresor; solución hidroalcohólica; guantes no estériles <input type="checkbox"/> 4 Catéteres periféricos de seguridad (Calibre 18G y/o 20G) o 2 Agujas Gripper Plus si el paciente tiene colocado reservorio (*) <input type="checkbox"/> 4 llaves de 3 vías; 4 tapones obturadores; (si procede alargaderas cortas) <input type="checkbox"/> 4 paquetes de gasas; 4 apósitos de fijación externa; <input type="checkbox"/> 5 jeringas de 10ml para suero fisiológico o (precargadas y, en su caso, 5 ampollas de suero fisiológico) o Sistema de perfusión (Si procede) <input type="checkbox"/> Otros (si procede):

<b>Canalización de vía venosa</b>			
<b>Vías venosas</b>	<b>Periférica Principal</b>	<b>Periférica Accesorio</b>	<b>Venosa central</b>
	<b>Vena:</b>	<b>Vena:</b>	
	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Material Utilizado</b>			
Tipo de Catéter/ Agujas Gripper Plus (*)			
Jeringas de suero fisiológico/ Sistema de perfusión			
<b>Incidencias</b>			
<b>Observaciones</b>			

Administración de medicación			Incidencias		
<input type="checkbox"/> Comprobación de vías					
Utilización de suero salino		<input type="checkbox"/> Bolos			
		<input type="checkbox"/> Perfusión			
Hora de inicio					
Código del KIT principal					
Orden	Medicamento	Dosis	Tiempo Admón.	Efecto	Incidencias
1	<input type="checkbox"/> Midazolam		30 sg	Sedación	
	Suero fisiológico			Lavado de vía	
2	<input type="checkbox"/> Lidocaína		30 sg.	Analgesia	
	Suero fisiológico			Lavado de vía	
3	<input type="checkbox"/> Propofol		Lenta 2,5-5 min.	<input type="checkbox"/> Comprobación de signos de coma profundo	
	<input type="checkbox"/> Tiopental (Alt)			<b>Hora:</b>	
	Suero fisiológico			Lavado de vía	
4	<input type="checkbox"/> Atracurio		Rápida 30 sg	<input type="checkbox"/> Comprobación de signos de muerte	
	<input type="checkbox"/> Cisatracurio			<b>Hora Éxitus:</b>	
	<input type="checkbox"/> Rocuronio			Lavado de vía	
	Suero fisiológico			Lavado de vía	
<b>Kit de emergencia</b>					
<b>Código Kit de Emergencia</b>			<b>Utilización</b>		
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <i>(En caso afirmativo cumplimentar este apartado)</i>		
<b>Medicación utilizada</b>			<b>Motivo</b>		
<b>Medicación sobrante</b>					

Problemas inesperados durante el procedimiento	
<b>Problema</b>	<b>Cómo se resolvió</b>

<b>Observaciones al procedimiento</b>
---------------------------------------

**Firmas de los Profesionales**

Médico responsable	Enfermero/a equipo asistencial