

**Registro de enfermería**  
**Terapia continua de remplazo renal**

**Antecedentes Generales**

Fecha	
Diagnostico	
Nombre	
Sexo	
Edad	
Peso	
Heparina Inicial	
Heparina de Mantención	
Tipo de Acceso Vascular	
Tipo Kit Prisma	
Solución de Reemplazo	

**Tipo de Terapia**

SCUF	
CVVH	
CVVHD	
CVVHDF	

**Volúmenes**

Volumen Total de Reinyección (ml)	
Volumen total del efluente (ml)	
Ingresos totales de lavados SF (ml)	
Balance	