

CHECK LIST DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON FOTOTERAPIA EN UCIN

Seguridad y monitoreo durante fototerapia neonatal



DATOS DEL PACIENTE

Nombre del RN: _____

Expediente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Edad gestacional: _____ semanas

Peso: _____ g

Diagnóstico: _____

Médico tratante: _____



CHECK LIST DE SEGURIDAD (marcar con una X)

VERIFICACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Identificación correcta del paciente			
Orden médica vigente			
Antifaz BabySleep colocado correctamente			
Ojos totalmente cubiertos			
Sin presión excesiva sobre párpados			
Piel periocular íntegra			

VERIFICACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Equipo de fototerapia funcionando correctamente			
Distancia adecuada de la lámpara			
RN únicamente con pañal			
Cambio de posiciones realizado			
Temperatura monitorizada			
Alimentación administrada			
Diuresis registrada			
Evacuaciones registradas			
Padres informados del tratamiento			

REGISTRO DE SIGNOS VITALES

HORA	TEMPERATURA	FC	FR	BILIRRUBINA	OBSERVACIONES

Enfermero (a) responsable de turno

Enfermero (a) que recibe turno