UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
ESCUELA DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA
INTERNADO ROTATORIO

FORMATO DE CATETERIZACIÓN DE VÍAS

NOMBRE Y APELLIDO: _____ SERVICIO: _____ SEMANA DE ENTREGA: _____

N°	NOMBRE Y APELLIDO PACIENTE	HISTORIA	UBICACION	FECHA	MIEMBRO	N° CATETER	FIRMA PROF	FIRMA COORD