

INSTALLATION : _____

DOSAGE INGESTA/EXCRETA (24 HEURES)

AAAA-MM-JJ

Dossier : _____

Nom, prénom _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ F ☐ M
Année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Solutés		C : _____
A : _____		D : _____
B : _____		E : _____

INGESTA									Hre	EXCRETA					
	P.O./ irrig.	Nut.E.	Solutés					Totaux		Urine	Levine	Drain	Stomie	V ^r R. Gastr.	Totaux
			A	B	C	D	E								
N									0:00						
									1:00						
									2:00						
									3:00						
									4:00						
									5:00						
									6:00						
									7:00						
Total															
J									8:00						
									9:00						
									10:00						
									11:00						
									12:00						
									13:00						
									14:00						
									15:00						
Total															
S									16:00						
									17:00						
									18:00						
									19:00						
									20:00						
									21:00						
									22:00						
									23:00						
Total															
Balance des 24 heures				Total ingesta					Total excreta						

Signature / N : _____

J : _____

S : _____

AAAA-MM-JJ

<u>Solutés</u>		C : _____
A : _____	D : _____	
B : _____	E : _____	

INGESTA									Hre	EXCRETA						
	P.O./ irrig.	Nut.E.	Solutés					Totaux		Urine	Levine	Drain	Stomie	V ^r R. Gastr.	Totaux	
N			A	B	C	D	E		0:00							
									1:00							
									2:00							
									3:00							
									4:00							
									5:00							
									6:00							
									7:00							
Total																
J									8:00							
									9:00							
									10:00							
									11:00							
									12:00							
									13:00							
									14:00							
									15:00							
Total																
S									16:00							
									17:00							
									18:00							
									19:00							
									20:00							
									21:00							
									22:00							
									23:00							
Total																
Balance des 24 heures								Total ingesta							Total excreta	

Signature / N : _____ J : _____ S : _____

Légende

Irrig. : Irrigation Nut.E. : Nutrition entérale P.O : Par la bouche R. Gastr. : Résidus gastriques V° : Vomissements