



FICHA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS.

ASIGNATURA: FUNDAMENTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS Y TÉCNICAS PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

Apellidos del Alumno .....Nombre del Alumno .....

Subgrupo de Prácticas .....Hospital .....

PRÁCTICAS CLÍNICAS: Visualización y realización de procedimientos

- a) Unidad de Reanimación y Unidad de Recuperación post-anestésica [2 prácticas de 4 Hr. Martes y Jueves de 16 a 20 Hr.]
- b) Unidad de Tratamiento del dolor. Consulta externa, sala de técnicas y quirófanos. [2 prácticas de 4 Hr. Martes y Jueves de 16 a 20 Hr.]

HOJA DE CONTROL DE FIRMA Y ASISTENCIA [Nombre y firma del profesor]

Prácticas	Fecha	Nombre/Firma	Fecha	Nombre/Firma
UCI U.Reanimación U.Recuperación . post- anestésica				
UCI U.Reanimación U.Recuperación. post-anestésica.				
Prácticas	Fecha	Nombre/Firma	Fecha	Nombre/Firma
U.Tratamiento Dolor Consulta externa sala técnicas/quiróf				
U.Tratamiento Dolor Consulta externa sala técnicas/quiróf.				

OBSERVACIONES: .....

\*El alumno conservará la hoja de asistencia con las firmas como justificante de realización de las prácticas clínicas. NO SE DEBE ENTREGAR AL PROFESOR. Se entregará personalmente en la Secretaría del Opto. de Cirugía a la atención del Profesor Coordinador de la Asignatura