

APELLIDO PATERNO <u>Arce</u>			MATERNO		NOMBRES <u>Cesar</u>		Nº HISTORIA CLINICA <u>0114</u>
FECHA DE NACIMIENTO			SERVICIO <u>Urologia</u>			SALA <u>202</u>	
DIA	MES	AÑO					

DIAGNOSTICO PROVISIONAL

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRIMARIO

Litiasis p. del coledocolo Inguinal

DIAGNOSTICOS SECUNDARIOS

OPERACIONES

Litolitica extracorporea (8-XII-01)

HISTORIA BREVE Y HALLAZGOS ESPECIALES DE EXAMEN FISICO

Poriente refiere que desde hace 3 años se le diagnosticó de litiasis en micropilosis con inquietud esto ocasiona molestias como dolor leve a nivel de fosa renal izquierda con irradiación hacia flanco, se sometió a exámenes en donde se evidencia aumento de tamaño de cálculo, por lo que actual.

HALLAZGOS DE LABORATORIO, RAYOS X E INTERCONSULTAS

ante ingreso por tratamiento quirúrgico. No se encuentran en Historia Clínica

EVOLUCION, COMPLICACIONES SI LAS HUBO

Buena evolución sin complicaciones

CONDICION TRATAMIENTO, REFERENCIA FINAL AL DAR EL ALTA Y PRONOSTICO

Buen estado general al momento de salir
- Antibióticos terapia
- Analgésicos
- Control por consulto externo.

EN CASO DE INTERNACION

DIAS DE HOSPITALIZACION

1 día

Fecha

9-XII-01

FIRMA Y NOMBRE DEL MEDICO

D. Rosas Sandoval

EPICRISIS

INFORMES DE ENFERMERIA

FECHA	HORA		FECHA	HORA	
10/12/01		Pte. ingresa para Hs. Dr. Gilbey TA 120/80 P=72 T=36°C H.A.			
11/12/01		Pte. se recibe de cirugía depiendo, via permeable, S. Foley orina clara. H.A.			
16hs.	120/80	f=80 T=37°C			
		Pte. tranquilo a Dr. S. Foley tolera dieta. H.A.			
8-12-01	22hs.	Sp: 120/80 P=78 T=37°C Pte. tranquilo diuresis espontánea en el baño o varias veces. refiere dolor al momento de la micción recibe medi- cación indicada S.O.			

APELLIDO PATERNO <i>ARIAS</i>	MATERNO	NOMBRES <i>CEGAR</i>	Nº HISTORIA CLINICA
----------------------------------	---------	-------------------------	---------------------

ESTATURA	PESO ACTUAL	PESO HABITUAL	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION
----------	-------------	---------------	-------	------------------	-------------	-------------

<p>RECORDATORIO</p> <p>EXAMEN SOMATICO GENERAL</p> <p>1.- APARIENCIA GENERAL Actividad Psicomotora Estado Nutricional</p> <p>2.- EXAMEN REGIONAL</p> <p>3.- PIEL Y TEGUMENTOS Linfáticos</p> <p>4.- CABEZA Y CUELLO Anomalías en el Aspecto, Forma, y Tamaño. Ojos, Oídos, Nariz, Boca, Garganta.</p> <p>5.- TORAX Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación, A) Corazón, B) Pulmones</p> <p>6.- ABDOMEN Anomalías a la Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación.</p> <p>7.- REGION LUMBAR Anomalías en el Aspecto, Tamaño y Sensibilidad.</p> <p>8.- REGION INGUINO-GENITAL Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño. A) Examen Ginecológico B) Examen Urológico</p> <p>9.- REGION ANO-PERINEAL Anomalías a la Inspección y a la Palpación Tacto Rectal</p> <p>10.- EXTREMIDADES Anomalías en el Aspecto, Forma, Tamaño, Sensibilidad y Movilidad.</p> <p>11.- EXAMEN NEUROLOGICO ELEMENTAL</p> <p>12.- IMPRESION DIAGNOSTICA Fecha y Firma de quien realiza el Examen</p>	<p><i>Piel: lucida, sensible, turgencia, elasticidad, coloración normal, hielos no existen</i></p> <p><i>Piel: elástica, TCS normales, no edematosa</i></p> <p><i>Cabeza: Normocefalia, ojos: pupilas iguales, TCS e h. x concordancia. Nariz: for. normales, sin: (RE) sensibles. Oídos: meatus limbo, no hay sinusitis</i></p> <p><i>Cuello: Tráquea OB. No edematosa</i></p> <p><i>Tórax: Inspección, Pulmones: RVV ensucados. Corazón: AS/SA</i></p> <p><i>Abdomen: plano, depresible, no doloroso RPN (+)</i></p> <p><i>Lumbos: Dolor leve en pro y retro.</i></p> <p><i>RIG y RAP. SPA</i></p> <p><i>ENE: flexión 15115. ROTs y for. normales SPR</i></p>
---	---

<p><i>TDj Titani pediatra ped. 17/9.</i></p>	<p><i>R. H. H. H.</i></p>
--	---------------------------



**INSTITUTO
MEDICO
DE UROLOGIA**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Nº. HISTORIA CLINICA

EL MEDICO DEBE FIRMAR AL PIE DE CADA NOTA DE EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES MEDICAS, LAS MISMAS QUE DEBERAN COINCIDIR CON LA FECHA Y HORA EN QUE FUERON FORMULADAS

FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES MEDICAS
8-12-2001	11h30	Pt en antecedentes de Fibrosis renal cistitis aguda, hematuria, dolor abdominal, afección urinaria asintomática. Dolor "D" en complicaciones. Sonda presentada con hematuria +1+++.	① Dieta blanda + líquidos. ② CSU + CIE ③ Rapid 100 mg IV STAT y Pen ④ Maxine 1 mg IV 18h00 ⑤ D ₂ 5% 100cc IV c/eh. + 20 Na + 10 K
		Dr. Elveng	
	15h30	Pt en buenas condiciones, buena tolerancia oral. Hemodinámica mente estable, sonda presentada. hematuria +1+++.	
		Dr. Elveng	
	18h30	Pt presenta dolor abdominal a nivel hipogástrico tipo colico.	① Intal pro 1 tableta STAT
		Dr. Elveng	
9-12-2001	2h00	Pt refiere molestias para controlar el sueño y por vía intravenosa manejando el dolor en hipogástrico	① Retirar vía ② Zolax 1 tableta STAT ③ Intal pro 1 tableta STAT
		Dr. Elveng	
9-12-01	8:15	Paciente al momento apetito, hemodinámica estable, refiere leve dolor en parte lateral inferior al realizar micción	

Dr. Salinas

NOTAS DE EVOLUCION

			RESPIRACION																																	
			TENSION ARTERIAL mx/min																																	
LÍQUIDOS	INGERIDOS	PERENTERAL	1380	130	80.																															
		ORAL	2200.																																	
		TOTAL	2600																																	
	ELIMINADOS	ORINA	4800.																																	
		DRENAJE	2800																																	
		OTROS	+ 100ccs																																	
				2000																																
			NUMERO DE DEPOSICIONES																																	
			NUMERO DE COMIDAS																																	
			ASEO / BAÑO																																	
			ACTIVIDAD																																	
			NUMERO DE BIBERONES																																	
			DIERTA																																	
			TALLA EN CENTIMETROS																																	
			PESO EN KILOGRAMOS																																	

[illegible]

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

CONTROL HIDRICO

HOSPITALIZACION

RECORD DE 24 HORAS

Clave OrinaO

CateterismoC

VómitoV6m.

Incontinencia.....Inc.

Sonda Foley.....S.F.

Deposición Líquida.....D.L.

ADMINISTRACION

ELIMINACION

HORA	PARENTERAL			ORAL		ORINA		OTRA		
	Solución en la Botella		Cantidad Absorbida c.c.	Tipo	Cantidad c.c.	Cómo Obtuvo	Cantidad c.c.			
	Tipo	Cantidad								
7 - 8 am										
8 - 9 am										
9 - 10 am										
10 - 11 am										
11 - 12 am	S.F. 0.9%	600	600							
12 -1 pm	H ₂ O		100			S.F	1600			
Sub Total 7am-1pm										
1 - 2 pm				Agua	200					
2 - 3 pm				Gelatina	100					
3 - 4 pm				Agua	1000					
4 - 5 pm										
5 - 6 pm	H ₂ O		100	Agua	200	S.F	1200			
6 - 7 pm	S.F. 5% A		900	Gelatina	100					
Sub Total 1 - 7 pm										
7 - 8 pm										
8 - 9 pm	D/AS 6.		500cc							
9 -10 pm										
10 -11 pm				Agua	1000cc					
11 -12 pm										
12 - 1 am										
1 - 2 am										
2 - 3 am										
3 - 4 am										
4 - 5 am										
5 - 6 am										
6 - 7 am										
Sub Total 7pm-7am										
Total en 24 H			2200cc		2600cc		2800cc + 10 veces			

Total de ingesto:

4800

Total Eliminación:

Vaso pequeño
Vaso grande

150 c.c.
240 c.c.

Café o té
Sopera
Gelatina
Helados

200 c.c.
200 c.c.
100 c.c.
100 c.c.

Cuarto: hab: 202

Fecha: 08/2/01

Nombre del Paciente: César Arias

APELLIDO PATERNO <i>Prado</i>		MATERNO		NOMBRES <i>Cesar</i>		N° DE LA HISTORIA CLINICA	
FECHA <i>8-XII-01</i>	EDAD <i>56u</i>	SEXO <i>M</i>	ESTATURA <i>-</i>	PESO <i>75kg</i>	OCUPACION ACTUAL	SERVICIO	SALA CAMA
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO <i>Litotomia</i>		DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO <i>ad</i>		OPERACION PROPUESTA <i>Litotomica</i>			
CIRUJANO <i>D. G. Caset</i>		AYUDANTES <i>D. Urquiza</i>		OPERACION REALIZADA <i>Idem + Doble</i>			
ANESTESIOLOGO <i>D. Racion</i>		AYUDANTES		INSTRUMENTISTA <i>S. Pin</i>			

REGISTRO TRANS-ANESTESICO

AGENTES / HORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
<i>O₂</i>	<i>[Handwritten graph showing oxygen levels over time]</i>														
SATURACION O ₂	<i>[Handwritten graph showing saturation levels over time]</i>														
T.A.	<i>[Handwritten graph showing blood pressure over time]</i>														
MAX	<i>[Handwritten graph showing maximum values over time]</i>														
MIN	<i>[Handwritten graph showing minimum values over time]</i>														
PULSO	<i>[Handwritten graph showing pulse over time]</i>														
INDUCCION	<i>[Handwritten graph showing induction over time]</i>														
FIN-ANESTESIA	<i>[Handwritten graph showing end of anesthesia over time]</i>														
RESPIRACION	<i>[Handwritten graph showing respiration over time]</i>														
ESP	<i>[Handwritten graph showing endotracheal pressure over time]</i>														
ASIS	<i>[Handwritten graph showing arterial systolic pressure over time]</i>														
CONT	<i>[Handwritten graph showing continuous values over time]</i>														
TEMPERATURA	<i>[Handwritten graph showing temperature over time]</i>														
INICIO CIRUGIA	<i>[Handwritten graph showing start of surgery over time]</i>														
FIN DE CIRUGIA	<i>[Handwritten graph showing end of surgery over time]</i>														
PRES. VENOSA	<i>[Handwritten graph showing venous pressure over time]</i>														
TORNIQUETE	<i>[Handwritten graph showing tourniquet use over time]</i>														
POSICION	<i>[Handwritten notes on patient position]</i>														

DROGAS ADMINISTRADAS

TIEMPOS

N°	TIPO	4	8	DURACION ANESTESIA
1	<i>Xilocaína 40mg (H4)</i>	5	9	HS. <i>1 MIN. 70</i>
2	<i>Xilocaína 360mg Ep 1/4</i>	6	10	DURACION OPERACION
3	<i>Fentanyl 100mg Ep</i>	7	11	HS. <i>1 MIN. 15</i>

TECNICAS

INFUSIONES

COMPLICACIONES OPERATORIAS

GENERAL	CONDUCTIVA <input checked="" type="checkbox"/>	D	DEXTROSAS	cc	Hipotensión	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>
SISTEM. ABIERTO <input type="checkbox"/>	ASEPSIA DE PIEL	<input checked="" type="checkbox"/>	R	RINGER	<i>1.000</i>	cc	Depresión Respiratoria	<input type="checkbox"/>
SISTEM. CERRADO <input type="checkbox"/>	CON: <i>Kob + Yol</i>	S	SANGRE	cc	Dificultad Técnica	<input type="checkbox"/>	Perforación Duramadre	<input type="checkbox"/>
SISTEM. SEMI-CERR <input type="checkbox"/>	HABON	<input checked="" type="checkbox"/>	E	EXPANSORES	cc	Conductiva Insuficiente	<input type="checkbox"/>	Naucias - Vómitos
APARATOS USADOS	RAQUIDEA	<input type="checkbox"/>	SS	SOLUCION ISOTONICA	cc	Paro Cardíaco	<input type="checkbox"/>	Laringoespasmó
CIRC. <input type="checkbox"/> VAIVEN <input type="checkbox"/>	EPIDURAL CAUD.	<input checked="" type="checkbox"/>	P	PLASMA	cc	Cambio de Técnica		
MASCARA <input type="checkbox"/>	SIMPLE	<input checked="" type="checkbox"/>	TOTAL	<i>1.000</i>				
INTB. TRAQUEAL	CONTINUA	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA					
ORAL <input type="checkbox"/> NASAL <input type="checkbox"/>	ALTURA PUNCION		cc	APROX				
RAPID <input type="checkbox"/> LENT. <input type="checkbox"/>	<i>C2-L3</i>		TECNICAS ESPECIALES					
TUBO N°	PUNCION LAT.	<input type="checkbox"/>						
MANGUITO INFLAB.	LINEA MEDIA	<input checked="" type="checkbox"/>						
TAPONAMIENTO	AGUJA N°	<i>18</i>						
ANST. TOPICA	NIVEL	<input type="checkbox"/>						
ANST. TRANSORAL	HIPERBARA	<input type="checkbox"/>						
MASCARA LARINGEA	POSICION PACIENTE							
CONDUCIDO A:			POR			HORA		

COMENTARIOS:
- EKO-TAN - Oxim.

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO

Autorización y explicación de tratamiento Médico - Quirúrgico

Nombre..... S. G. A. Edad..... 51 H.C.I. #.....

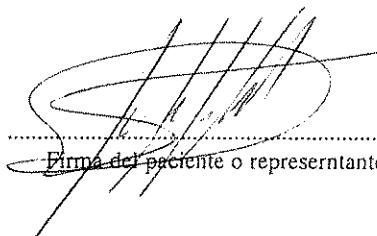
Diagnóstico.....

Tratamiento planificado..... Prostatectomía

Beneficios del tratamiento.....

Cualquier procedimiento médico-quirúrgico no está exento de riesgo. Se me explicó el procedimiento y las posibles complicaciones. Autorizo a mi médico u otra especialista para que puedan realizar otros procedimientos que sean necesarios o interconsultas si las circunstancias así lo exigen.

He comprendido y estoy de acuerdo.


.....
Firma del paciente o representante

.....
Firma del médico tratante

.....
Firma del testigo

Quito, a.....de.....de.....