

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

DATOS DEL USUARIO / USUARIA

270229

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	LUNA	FRANCISCO	SEBASTIAN	17-12-2014			7	M
				día	mes	año	d-m-a	M/F
Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			Teléfono
239 - CUATORIANA	ECUADOR	1756623797	PICHINCHA	DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	NANEGALITO	NANEGALITO BARRIO LAS ORQUIDEAS CALLE LOS SAUCES		988466311
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional / Celular

I. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACIÓN: 2 ☒

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área		
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	1917913	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	3	CZS-9		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
				18-08-2022		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE HACE 4 MESES PACIENTE PRESENTA GANGLIOS RETROAURICULARES MAS HIPERTROFIA AMIGDALAR POR LO QUE ACUDE A MEDICO PARTICULAR QUIEN INDICA EXAMENES DE LABORATORIO LOS CUALES FUERON NORMALES POR LO QUE INDICA NUEVOS EXAMENES EN 3 DIAS EN LOS QUE PRESENCIA DISMINUCION DE HEMOGLOBINA POR LO QUE REFIERE A ONCO PEDIATRA QUIEN REALIZAN ASPIRADO MEDULAR CON LO QUE RECIBE DIAGNOSTICO DE LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA. INICIA TRATAMIENTO ONCOESPECIFICO EN SOLCA JUNIO 2022. HA RECIBIDO 3 SESIONES DE QT. SIN COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO. SIN EMBARGO AL NO CONTAR CON ESPECIALIDAD DE HEMATOLOGIA PEDIATRICA INICIA DERIVACION PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

CITOMETRIA DE FLUJO:
POBLACION INMADURA:
CD2/CD4/CD34/CD3/CD5/CD7/TDT: 27%

CONCLUSION : MEDULA OSEA DE DIFICIL ESTUDIO POR HIPOCELULARIDAD. DONDE SE IDENTIFICA EL 27 % DE BLASTOS DE FENOTIPO T.
DG: LLA T (FAB).

5. Diagnóstico:

LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA [LLA]

Nombre del profesional: VELASCO MALDONADO PAOLA MARIA

Cédula: 0918065731

Firma

Sello:

Dra. Paola Velasco M.X
M. Interna
Hematología
Reg. 0918065731

II. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales:

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Especialidad del servicio		
Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico:

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados:

5. Diagnóstico:

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad:

Nombre del profesional:

Cédula:

Firma

Sello:

Servicio	Sub-Servicio	Nivel	Código	Procedimiento
Otros	Otros	Otros		MANEJO INTEGRAL

Observaciones:

MANEJO INTEGRAL EN HOSPITAL HEMATO ONCO PEDIATRICO.