

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA
DATOS DEL USUARIO / USUARIA

355922

Apellido paterno ANRRANGO	Apellido materno CALDERON	Nombres IAN JOSUE		Fecha de Nacimiento 21-04-2021	Edad 1	Sexo M
		dia	mes	año	d-m-a	M/F
Nacionalidad 239 - CUATORIANA	País ECUADOR	Cédula 1760683084	Lugar de residencia actual PICHINCHA METROPO LIT. DE QUITO TUMBACO		Dirección Domicilio TUMBACO, SECTOR LA MORITA, AV. UNIVERSITARIA, PSJE LOS PINOS	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria
						Convenional / Celular

I. REFERENCIA: 1 ☐ **DERIVACION:** 2 ☒

Entidad del Sistema		Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS		1938247	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	3	CZS-9
Refiere o Deriva a:					Fecha
					14-04-2023
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia	mes
				año	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:
Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:
PACIENTE CON INFILTRACION NEOPLASICA POR LINFOMA NO HODGKIN EN MEDULA OSEA, PACIENTE NEUTROPENICO PERSISTE CON ALZAS TERMICAS, CON ANTIBIOTICOTERAPIA. SE SOLICITA TAC CORPORAL NO SE EVIDENCIAN ADENOPATIAS PERIFERICAS. EN ESPERA DE TRAMITE DE DERIVACION A CENTRO HEMATO-ONCOLOGICO PEDIATRICO POR FALTA DE ESPECIALISTA. SE MANTENDRA EN VIGILANCIA POR HEMATOLOGIA Y ORDENES DE PEDIATRIA HASTA RECEPCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:
EXAMENES COMPLEMENTARIOS 11.04.2023 INR.....: 1.18 TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).....: 12.9 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP).....: 37.4 LEUCOCITOS (WBC).....: 3.48 HEMOGLOBINA (HGB).....: 9.5 HEMATOCRITO (HCT).....: 26.4 VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV).....: 79.30 CONC.MEDIA HEMOG.(MCH).....: 28.5 CONC.CORP.MEDIA (MCHC) DE HEMO...: 36.0 VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO(MPV) MONOCITOS.....: 0.10 EOSINOFILOS.....: 0.01 LINFOCITOS.....: 2.65 NEUTROFILOS.....: 0.70 BASOFILOS.....: 0.01 PLAQUETAS.....: 31.000 GLUCOSA.....: 105 CREATININA.....: 0.22
COPROPARASITARIO 08.04.2023 COLOR.....: CAPE ASPECTO.....: HOMOGENELO FLORA BACTERIANA.....: AUMENTADA
PMN.....: NEGATIVO.

5. Diagnóstico:
LINFOMA DE CELULAS GRANDES B DIFUSO

Nombre del profesional: GRANJA MORAN MANUEL ANTONIO Cédula: 1713063913 Firma Sello:

II. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ **REFERENCIA INVERSA:** 4 ☐

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	dia	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: