

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

122357

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
CATOTA	PRADO	OSCAR	HERNAN	16-06-1980	40	M
dia	mes	año	d-m-a	M / F		
Código	País	Cédula	Lugar de residencia actual	Dirección Domicilio		Teléfono
219 - ECUATORIANA	ECUADOR	1716858699	PICHINCHA DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO	VICTORIA ALTA 225 CALLE PORVENIR MONICA ALDAZ (CY) 032690465		998496394
Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional / Celular		

**II. REFERENCIA:** 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☒ **X**

Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito / Área
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS	536569	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	3	CZS-9
Refiere o Deriva a:			Fecha	
			04-06-2021	
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	dia mes año

**Problemas de abastecimiento específico**

**Historia del Paciente Clínico:**

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO EN SNC TRATADO CON CRANECTOMIA FRONTO TEMPORAL IZQUIERDA + EXCERESIS TUMORAL SIMPSON 2 DIC 2020. LUEGO DE LO CUAL RECIBE RT 36GY CRANEO ESPINAL Y BOOST HASTA 54GY SOBRE PRIMARIO HASTA 26 MAY 2021 CONCOMITANTE CON VINCISTINA. AL MOMENTO REQUIERE CONTINUAR CON Q1 CON VINCISTINA, CICLOFOSFAMIDA, CARBOPLATINO SIN EMBARGO POR PROBLEMAS DE ABASTECIMIENTO ESPECÍFICO, SE INICIA EL TRAMITE DE DERIVACION PARA PRESTADOR EXTERNO POR POR FALTA DE VINCISTINA/CARBOPLATINO/ILGASTRIM.

**Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:**

1. QX: CRANECTOMIA FRONTO TEMPORAL IZQUIERDA + EXCERESIS TUMORAL SIMPSON IV FL 02.12.20 CON REPORTE HISTOPATOLOGICO DE TUMOR NEUROECTODERMICO PRIMITIVO Y ESPI CULAR DE LAMINA OSEA COMPROMETIDAS POR NEOPLASIA MALIGNA POBREMENTE DIFERENCIADA DE CELULAS REDONDEADAS.

2. QX2: REAPERTURA DE SITIO QUIRURGICO + NUEVA EXCERESIS TUMORAL POR MICROSCOPIA CON REPORTE DE TUMOR DE 1X0.5X0.3 CM Y 4.5X3X2 CM CON PNET. NECROSIS PRESENTE EN 50%.

CD-10	PRE	DEF
TUMOR MALIGNO DEL CEREBRO, EXCEPTO LOBULOS Y VENTRICULOS	C710	X

Nombre: TATIANA VINIIZA Cédula: 1715619647 Firma: Sello:

**III. 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	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		TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

**IV. OBSERVACIONES:**