

FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Primer Nombre		Segundo Nombre		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
ALBA		GAVIN		BRYAN		STEV		9/3/2015		7 AÑOS	1
								día mes año		d-m-a	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domiciliaria			Teléfono		
ECUATORIANA	ECUADOR	1756621742	PICHINCHA QUITO CALDERON			BARRIO DIVINO NIÑO			0999508984		
ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria			Convencional/Cellular		

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☒

Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1756621742	HOSPITAL BACA ORTIZ		17D05		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
				28/11/2022		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
2. Motivo de la Referencia o Derivación						
Limitada capacidad resolutive		1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada		4 <input checked="" type="checkbox"/>	
Ausencia temporal del profesional		2 <input type="checkbox"/>	Otros/Especifique		5 <input type="checkbox"/>	
Falta de Profesional		3 <input type="checkbox"/>	DERIVACION A OTRA CASA DE SALUD PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL			
3. Resumen del cuadro clínico.						
<p>PACIENTE DE 7 AÑOS DE EDAD, QUE DEBUTA DESDE HACE 3 MESES CON CRECIMIENTO DE MASAS EN REGION MANDIBULAR, POSTERIORMENTE CON SUDORACION NOCTURNA, ALZAS TERMICAS NOCTURNAS, ASTENIA, HIPOREXIA, ARTRALGIAS DE RODILLAS Y HACE 1 MES PREVIO A SU INGRESO EN ESTA CASA DE SALUD (INGRESA EL 24/11/2022), PRESENTA EPISTAXIS DE DIFICIL CONTROL, SE REALIZA ASPIRADO MEDULAR EL 25/11/2022 CON DIAGNOSTICO COMPATIBLE PARA LEUCEMIA AGUDA EN DEBUT. AL MOMENTO SIN ESPACIO FISICO, POR LO QUE SE SOLICITA DERIVACION A OTRA CASA DE SALUD PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL.</p>						

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

25/11/2022: MEDULA OSEA: INFORME DE ASPIRADO MEDULAR FROTIS PERIFERICO: NORMOCROMIA NORMOCITOSIS, LEUCOCITOS ADECUADOS PRESENCIA DE CELULAS DE ASPECTO BLASTICO ALGUNAS CON CITOPLASMA VACUOLADO, PLAQUETAS ADECUADAS. CELULARIDAD: HIPERCELULAR, MONOTONO, BLASTOS MAYORES AL 90%, NO CELULAS AJENAS AL PARENQUIMA SERIE BLANCA: DEPRIMIDA SEVERAMENTE SERIE ERITROPOYETICA: DEPRIMIDA SEVERAMENTE SERIE MEGACARIOPOYETICA: DEPRIMIDA SEVERAMENTE RELACION MIELOERITROIDE: NO EVALUABLE OBSERVACIONES: INFILTRACION MEDULAR POR CELULAS BLASTICAS GRANDES DE UNAS 30 MICRAS DE CITOPLASMA AMPLIO INTENSAMENTE BASOFILO Y ALGUNAS VACUOLADAS, CROMATINA LAXA Y NUCLEOLOS POCO EVIDENTES IMPRESION DIAGNOSTICA COMPATIBLE: LEUCEMIA AGUDA EN DEBUT. DESCARTAR LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA VARIANTE L3.

24/11/2022 LEUCOCITOS 5200 NEUTROFILOS 570 HEMOGLOBINA 7.2 HEMATOCRITO 22.3 PLAQUETAS 85,000 BLASTOS 24% ERITROBLASTOS 4% RETICULOCITOS 2.27% PROTEINA C REACTIVA 10.3 TP 13 TTP 18.9

GLUCOSA 105 UREA 24.4 CREATININA 0.37 ACIDO URICO 4.74 ASPARTATO AMINOTRANSFERASA 39.7 ALANINA AMINOTRANSFERASA 74.2 BILIRRUBINA TOTAL 0.38 BILIRRUBINA DIRECTA 0.28 BILIRRUBINA INDIRECTA 0.28 FOSFATASA ALCALINA 578 DESHIDROGENASA LACTICA 1460*** CALCIO 8.94 FOSFORO 4.46 MAGNESIO 2.02 SODIO 137.9 POTASIO 4.42 CLORO 101.4

5. Diagnóstico

1	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	CIE-10	PRE	DEF
2		C91.0	X	

Nombre del profesional:

DR. FERNANDO CRUZ

Código MSP:

Dr. Fernando Cruz
Hematología
Registro MSP 1756621742
Firma:

III. CONTRAREFERENCIA:

3 ☐

REFERENCIA INVERSA:

4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del Servicio
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha
					día mes año
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		día mes año

2. Resumen del cuadro clínico.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

Nombre del profesional:

Código

Firma: