

**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
SANCHEZ	LANCHIMBA	MICHAEL	AARON	14/5/2018	4	1
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte	Lugar de residencia actual	Dirección Domiciliaria	Teléfono	
ECUATORIANA	ECUADOR	1050812013	IMBABURA OTAVALO EL JORDAN	BARRIO EL EMPEDRADO GUAYACIL 1-01 Y OLMEDO	0989212772	
ver instructivo	describir país	cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle principal y secundaria
						Convenional/Celular

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☒

Entidad del sistema	Historia clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1050812013	HOSPITAL BACA ORTIZ		17D05		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
				29/12/2022		
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
2. Motivo de la Referencia o Derivación						
Limitada capacidad resolutoria		1 <input type="checkbox"/>	Saturación de capacidad instalada		4 <input type="checkbox"/>	
Ausencia temporal del profesional		2 <input type="checkbox"/>	Otros/Especifique		5 <input type="checkbox"/>	
Falta de Profesional		3 <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL			
3. Resumen del cuadro clínico.						
<p>PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, QUE FUE VALORADO DESDE EL 10/12/2022 POR CUADRO PRESUNTIVO DE ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA, CON ANEMIA SEVERA Y PRESENCIA DE BLASTOS EN 20% EN PRIMERA BIOMETRIA REALIZADA EN HOSPITAL DE OTAVALO, SE REALIZÓ ASPIRADO MEDULAR QUE NO HA SIDO CONCLUYENTE Y LUEGO BIOPSIA DE MEDULA OSEA CON CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS QUE SUGIEREN CONSIDERAR LEUCEMIA AGUDA, SIN EMBARGO SE REQUIERE MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA PARA ESTABLECER DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CD34, CD117, CD79A, TDT Y CD10. AL EXAMEN FISICO CON LESIONES EN MUCOSA ORAL, MICROADENOPATIAS BILATERALES MENORES A 0,5 CENTIMETROS, CERVICALES, AXILARES E INGUINALES, NO VICEROMEGALIAS, POR ESTUDIOS REALIZADOS HATA AHORA CORRESPONDERIA A UN CUADRO DE LEUCEMIA AGUDA EN DEBUT, DE CELULAS NO ESPECIFICADAS, AL MOMENTO NO SE CUENTA CON ESPACIO FISICO EN ESTA CASA DE SALUD POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA A OTRA CASA DE SALUD PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL.</p>						

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

29/12/2022: LEUCOCITOS 9400 NEUTROFILOS 4700 HEMOGLOBINA 10.2 HEMATOCRITO 30.5 PLAQUETAS 63000  
CELULAS GRANULOCITICAS 1% MIELOCITOS 1% SERIE PLAQUETARIA: TROMBOCITOPENIA MACROPLAQUETAS + TOMA DIRECTA DE PLAQUETAS 110000. UREA 12.8 CREATININA 0.24 ACIDO URICO 1.02 LACTATO DESHIDROGENAS 313  
CALCIO 7.84 FOSFORO 3.38 MAGNESIO 2.10 SODIO 135 POTASIO 5.08 CLORO 105.4  
21/12/2022: BIOPSIA DE MEDULA OSEA: MEDULA OSEA HIPERCELULAR CON SOSPECHA DE INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA. COMENTARIO: LAS CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS SUGIEREN CONSIDERAR LEUCEMIA AGUDA, SIN EMBARGO SE REQUIERE MARCADORES DE INMUNOHISTOQUIMICA PARA ESTABLECER DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: CD34, CD117, CD79A, TDT Y CD10.  
13/12/2022: MEDULA OSEA MORFOLOGIA CELULAR FROTIS PERIFERICO NORMOCROMIA, NORMOCITOSIS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS ADECUADOS CELULARIDAD NORMOCELULAR. BLASTOS MENORES AL 5% SE OBSERVAN ALGUNAS CELULAS DE TAMAÑO VARIABLE CONSTITUIDAS CASI EXCLUSIVAMENTE POR NUCLEOS DE CROMATINA LAXA INTENSAMENTE TENIDAS Y NUCLEOLOS INDISTINGUIBLES A VECES IMPRESIONAN PEQUEÑAS PROLONGACIONES CITOPLASMATICAS. SERIE BLANCA INTEGRAL. SERIE ERITROPOYETICA DEPRIMIDA DE ASPECTO MORFOLOGICO NORMAL. SERIE MEGACARIOPOYETICA NO SE OBSERVA. RELACION MIELOERITROIDE 15/1 IMPRESION DIAGNOSTICA: DEPRESION DE LOS SISTEMAS ERITRO Y MEGACARIOPOYETICO REQUIERE BIOPSIA DE MEDULA OSEA.

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 LEUCEMIA AGUDA DE CELULAS TIPO NO ESPECIFICADO	C95.0	X	
2			

Nombre del profesional: DR. FERNANDO CRUZ

Dr. Cruz Tomayo Fernando  
Código: HEMATOLOGIA  
MSP: REGISTRO MSP: 17508  
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
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	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

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

--	--	--	--	--	--

Nombre del profesional: Código: Firma: