

FORMULARIO DE REFERENCIA, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno: CALERO		Apellido materno: TORRES		Nombres: ANGEL JAIR		Fecha de Nacimiento: 10/07/2018		Edad: 2 AÑOS	Sexo: 1
Nacionalidad: ECUATORIANA		País: ECUADOR		Cédula de Ciudadanía o Pasaporte: 1851455186		Lugar de residencia actual: AMBATO		Dirección Domiciliaria: PARROQUIA AMBATELO, BARRIO LA PROVIDENCIA, DETRAS DE ESTADIO	
Teléfono: 0985337369		Calle principal y secundaria:		Convencional/Celular:					

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

Entidad del sistema: MSP	Historia clínica No.: 1851455186	Establecimiento de Salud: HOSPITAL BACA ORTIZ	Tipo: 17D05
Refiere o Deriva a:			Fecha: 5/11/2020
Entidad del sistema:	Establecimiento de Salud:	Servicio:	Especialidad:

2. Motivo de la Referencia o Derivación

- Limitada capacidad resolutive 1 ☐ Saturación de capacidad instalada 4 ☒  
 Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros/Especifique 5 ☐  
 Falta de Profesional 3 ☐ TRANSFERENCIA A OTRA CASA DE SALUD PARA INSTAURAR TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL

3. Resumen del cuadro clínico.

PACIENTE QUIEN EL DIA 30/10/2020 SIN CAUSA APARENTE PACIENTE INICIA CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS SIN OTROS ACOMPAÑANTES AL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE. FEBRIL SIN REPERCUSION HEMODINAMICA, SIN SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, RECIBIENDO ESQUEMA ANTIBIOTICO EN BASE A CEFOTAZIDIMA INDICADO POR INFECTOLOGIA. EL DIA DE AYER SE REALIZA ASPIRADO MEDULAR CON REPORTE DE LEUCEMIA AGUDA CELULAS TIPO NO ESPECIFICADO EN DEBUT. CONFIRMAR CON INMUNOFENOTIPO POR TAL MOTIVO SE SOLICITA TRANSFERENCIA A OTRA CASA DE SALUD PARA INSTAURAR TRATAMIENTO ONCOLOGICO INTEGRAL POR SATURACION DE CAPACIDAD INSTAURADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

04/11/2020 FROTIS PERIFÉRICO: NO DISPONIBLE CELULARIDAD: HIPOCELULAR, BLASTOS 30%, NO CELULAS AJENAS AL PARENQUIMA SERIE BLANCA: DEPRIMIDA SEVERAMENTE SERIE ERITROPOYÉTICA: DEPRIMIDA SEVERAMENTE SERIE MEGACARIOPOYÉTICA: DEPRIMIDA SEVERAMENTE RELACION MIELOERITROIDE: NO EVALUABLE OBSERVACIONES: EL EXTENDIDO DE SANGRE MEDULAR CONSISTE EN UNA POBLACION UNIFORME EN LA QUE DESTACAN CELULAS DE ASPECTO BLASTICO DE ALTA RELACION NUCLEO CITOPLASMA, CROMATINA LAXA NUCLEOLOS POCO VISIBLES Y PEQUEÑOS IMPRESION DIAGNOSTICA COMPATIBLE. LEUCEMIA AGUDA CELULAS TIPO NO ESPECIFICADO EN DEBUT. CONFIRMAR CON INMUNOFENOTIPO

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 LEUCEMIA AGUDA CELULAS TIPO NO ESPECIFICADA	C85	X	
2			

Nombre del profesional: Dra. Libel de los Mercados

Código: R.P.I.-895732767

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo
Contrarefiere o Referencia Inversa a:		Fecha:	
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área

2. Resumen del cuadro clínico.

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

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

Nombre del profesional: Dra. Daniela Briceno

Código: C.I.-1715542195

7. Referencia Justificada ☐

MSP/DNIS/CGI/orm.053/dic/2013