

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



## FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

### I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

|                  |                |                                  |                            |                      |           |   |     |      |                      |      |
|------------------|----------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------|-----------|---|-----|------|----------------------|------|
| Apellido Paterno |                | Apellido Materno                 |                            | Nombres              |           | Fecha de Nacimiento                                 |     |      | Edad                 | Sexo |
| PUNINA           |                | GARZON                           |                            | CRISTOPHER ALEJANDRO |           | 24  | 3   | 2018 | 5                    | M    |
|                  |                |                                  |                            |                      |           | día   | mes | año  | d-m-a                | H/M  |
| Nacionalidad     | País           | Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte | Lugar de residencia actual |                      |           | Dirección Domicilio                                 |     |      | N° Teléfono          |      |
| Ecuatoriano      | ECUADOR        | 1758654402                       | PICHINCHA                  | SANGOLQUI            | --        | MARIANA DE JESUS EL INCA CONJ. PANORAMA GARDENS S/N |     |      | 000000000            |      |
| Ver Instructivo  | Describir País | Cédula de diez dígitos           | Provincia                  | Cantón               | Parroquia | Calle Principal y Secundaria                        |     |      | Convencional/Celular |      |

### II. REFERENCIA:

1

### DERIVACIÓN:

2

X

#### 1. Datos Institucionales

|                     |                          |  |                      |           |               |      |
|---------------------|--------------------------|--|----------------------|-----------|---------------|------|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No.        | Establecimiento de Salud               |                      | Tipo      | Distrito/Área |      |
| ISSPOL              | 1758654402               | DIRECCIÓN HOSPITALARIA QUITO-Nivel III |                      | Nivel III |               |      |
| Refiere o Deriva a: |                          |  |                      |           |               |      |
|                     |                          | 7. Atención integral por especialidad  | ONCOLOGIA PEDIATRICA | 26        | 5             | 2023 |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio                               | Especialidad         | día       | mes           | año  |

#### 2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria

1

Saturación de capacidad instalada

4

Ausencia temporal del profesional

2

Otros / Especifique:

5

Falta de profesional

3

NO SE CUENTA CON ONCOLOGO PEDIATRA

#### 3. Resumen del cuadro clínico:

PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ES INGRESADO A SOLCA QUITO DESDE EL 17/04/2023 POR PRESENTAR DX DE LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA DE CELULAS T, FUERA DEL HOSPITAL PRESENTÓ CUADRO DE 12 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR VOMITOS DE CARACTERISTICAS BILIOSAS, ACOMPAÑADO DE HIPOREXIA Y DOLOR ABDOMINAL CON SOSPECHA INICIAL DE APENDICITIS AGUDA. PERO A LA VALORACION POR ESPECIALIDAD SE DESCARTA ESTE CUADRO Y SE INDICA UN DX DE ADENITIS MESENTERICA. RECIBIO ANTIINFLAMATORIOS Y PROTECTOR GASTRICO DE FORMA AMBULATORIA. SIN EMBARGO EL 09/05/2023 EL CUADRO SE EXACERBA Y SE ACOMPAÑA DE ICTERICIA. EL 16/05/2023 REALIZARON ASPIRADO DE MEDULA OSEA CON REPORTE VERBAL DE LEUCEMIA LINFOBLASTICA DE CELULAS T. EN ESTE HOSPITAL SE CONFIRMA EL DX Y SE INICIA TTO CON QUIMIOTERAPIA CON PROTOCOLO POLA DESDE EL 18/05/2023, TENIENDO QUE AJUSTAR LA DOSIS DE LOS FARMACOS POR BILIRRUBINEMIA DE HASTA 7.9 MG/DL A EXPENSAS DE LA INDIRECTA QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN RESMISION CON ULTIMO CONTROL EL 23/05/2023 QUE REPORTA BILIRRUBINA TOTAL DE 2.5 MG/DL, A EXPENSAS DE LA DIRECTA A 2.4 MG/DL. AL MOMENTO RECIBE SU QUIMIOTERAPIA DIA 7 Y DEBE CONTINUAR CON QUIMIOTERAPIAS HASTA COMPLETAR FASE DE INDUCCION POR 29 DIAS (MAS REINTENSIFICACION 14 DIAS). CONSOLIDACION A 8 SEMANAS Y MANTENIMIENTO 120 SEMANAS. POR LO QUE SE SOLICITA ATENCION INTEGRAL POR ONCOLOGIA PEDIATRICA.

#### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

PACIENTE DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ES INGRESADO A SOLCA QUITO DESDE EL 17/04/2023 POR PRESENTAR DX DE LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA DE CELULAS T, FUERA DEL HOSPITAL PRESENTÓ CUADRO DE 12 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR VOMITOS DE CARACTERISTICAS BILIOSAS, ACOMPAÑADO DE HIPOREXIA Y DOLOR ABDOMINAL CON SOSPECHA INICIAL DE APENDICITIS AGUDA. PERO A LA VALORACION POR ESPECIALIDAD SE DESCARTA ESTE CUADRO Y SE INDICA UN DX DE ADENITIS MESENTERICA. RECIBIO ANTIINFLAMATORIOS Y PROTECTOR GASTRICO DE FORMA AMBULATORIA. SIN EMBARGO EL 09/05/2023 EL CUADRO SE EXACERBA Y SE ACOMPAÑA DE ICTERICIA. EL 16/05/2023 REALIZARON ASPIRADO DE MEDULA OSEA CON REPORTE VERBAL DE LEUCEMIA LINFOBLASTICA DE CELULAS T. EN ESTE HOSPITAL SE CONFIRMA EL DX Y SE INICIA TTO CON QUIMIOTERAPIA CON PROTOCOLO POLA DESDE EL 18/05/2023, TENIENDO QUE AJUSTAR LA DOSIS DE LOS FARMACOS POR BILIRRUBINEMIA DE HASTA 7.9 MG/DL A EXPENSAS DE LA INDIRECTA QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN RESMISION CON ULTIMO CONTROL EL 23/05/2023 QUE REPORTA BILIRRUBINA TOTAL DE 2.5 MG/DL, A EXPENSAS DE LA DIRECTA A 2.4 MG/DL. AL MOMENTO RECIBE SU QUIMIOTERAPIA DIA 7 Y DEBE CONTINUAR CON QUIMIOTERAPIAS HASTA COMPLETAR FASE DE INDUCCION POR 29 DIAS (MAS REINTENSIFICACION 14 DIAS). CONSOLIDACION A 8 SEMANAS Y MANTENIMIENTO 120 SEMANAS. POR LO QUE SE SOLICITA ATENCION INTEGRAL POR ONCOLOGIA PEDIATRICA.

Procedimientos:

#### 5. Diagnóstico:

Leucemia linfoblástica aguda | C91.0

CIE-10

PRE

DEF

Nombre del profesional:

VACA VASQUEZ ROSARIO

Código MSP:

ND

Firma:

Dra. Rosalva Vaca V  
Médica PEDIATRA  
Cl. 110306142

### III. CONTRAREFERENCIA:

3

### REFERENCIA INVERSA:

4

#### 1. Datos Institucionales

|                                       |                          |                          |               |       |          |                           |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------|----------|---------------------------|
| Entidad del sistema                   | Hist. Clínica No.        | Establecimiento de Salud |               | Tipo  | Servicio | Especialidad del servicio |
|                                       |                          |                          |               |       |          |                           |
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |                          |               |       |          |                           |
|                                       |                          |                          |               | Fecha |          |                           |
|                                       |                          |                          |               |       |          |                           |
| Entidad del sistema                   | Establecimiento de Salud | Tipo                     | Distrito/Área | día   | mes      | año                       |

#### 2. Resumen del cuadro clínico:

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

#### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

#### 4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

#### 5. Diagnóstico:

Leucemia linfoblástica aguda | C91.0

CIE-10

PRE

DEF

#### 6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: