

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

DATOS DEL USUARIO / USUARIA

355922

| | | | | | | | | |
|------------------|------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------|--|-------|-----------------------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombres | | Fecha de Nacimiento | | | Edad | Sexo |
| ANRRANGO | CALDERON | IAN | JOSUE | 21-04-2021 | | | 1 | M |
| | | | | dia | mes | año | d-m-a | M/F |
| Nacionalidad | País | Cédula | Lugar de residencia actual | | Dirección Domicilio | | | Teléfono |
| 239 - CUATORIANA | ECUADOR | 1760683084 | PICHINCHA | DISTRITO METROPO LIT. DE QUITO | TUMBACO | TUMBACO, SECTOR LA MORITA, AV. UNIVERSITARIA, PSJE LOS PINOS | | 987829085 |
| Ver Instructivo | Describir País | Cédula diez dígitos | Provincia | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | | Convencional/ Celular |

I. REFERENCIA: 1 ☐ **DERIVACIÓN:** 2 ☒

1. Datos Institucionales:

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------|-----------------|-----|-----|
| Entidad del Sistema | Hist. Clínica No. | Establecimiento de Salud | Tipo | Distrito / Área | | |
| Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS | 1938247 | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN | 3 | CZS-9 | | |
| Refiere o Deriva a: | | | | Fecha | | |
| | | | | 14-04-2023 | | |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de Salud | Servicio | Especialidad | dia | mes | año |

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

PACIENTE CON INFILTRACION NEOPLASICA POR LINFOMA NO HODGKIN EN MEDULA OSEA. PACIENTE NEUTROPENICO PERSISTE CON ALZAS TERMICAS, CON ANTIBIOTICOTERAPIA. SE SOLICITA TAC CORPORAL NO SE EVIDENCIAN ADENOPATIAS PERIFERICAS, EN ESPERA DE TRAMITE DE DERIVACION A CENTRO HEMATO-ONCOLOGICO PEDIATRICO POR FALTA DE ESPECIALISTA. SE MANTENDRA EN VIGILANCIA POR HEMATOLOGIA Y ORDENES DE PEDIATRIA HASTA RECEPCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS 11.04.2023 INR.....: 1.18 TIEMPO DE PROTROMBINA (TP).....: 12.9 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TTP).....: 37.4 LEUCOCITOS (WBC).....: 3.48 HEMOGLOBINA (HGB).....: 9.5 HEMATOCRITO (HCT).....: 26.4 VOLUMEN CORP. MEDIO (MCV).....: 79.30 CONC.MEDIA HEMOG.(MCH).....: 28.5 CONC.CORP.MEDIA (MCHC) DE HEMO.....: 36.0 VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO(MPV) MONOCITOS.....: 0.10 EOSINOFILOS.....: 0.01 LINFOCITOS.....: 2.65 NEUTROFILOS.....: 0.70 BASOFILOS.....: 0.01 PLAQUETAS.....: 31.000 GLUCOSA.....: 105 CREATININA.....: 0.22 .
COPROPARASITARIO 08.04.2023 COLOR.....: CAFE ASPECTO.....: HOMOGENEO FLORA BACTERIANA.....: AUMENTADA PMN.....: NEGATIVO .

| | | | |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| 5. Diagnóstico: | CIE-10 | PRE | DEF |
| LINFOMA DE CELULAS GRANDES B DIFUSO | C833 | | |

Nombre del profesional: GRANJA MORAN MANUEL ANTONIO

Cédula: 1713063913

Firma

Sello:

II. 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 | | MANEJO INTEGRAL |

Observaciones: