

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO / USUARIA

25/09/2022

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INLAGO	DE LA CRUZ	JEANPIERRE	ZAMIR	15-03-2010	12	M		
				día	mes	año	d-m-a	M/F

Nacionalidad	País	Cédula	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio		Teléfono
ECUATORIANA	ECUADOR	1904986186	IMBABURA	OTAVALO	JORDAN	GONZALES SUAREZ COMUNIDAD DE PIAJAL		961324712
Ver contribuyente	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Canton	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Unidad de Cédula

II. REFERENCIA: 1 ☐ DERIVACION: 2 ☒

1. Datos Institucionales:		Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito / Área
Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CARLOS ANDRADE MARIN	3	CZS-9	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS		1913292			

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Hospitalización	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	día	mes	año
		Servicio	Especialidad			

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Falta de Especialista

3. Resumen del cuadro clínico:

PACIENTE MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SANGRADO NASAL, PALIDEZ, ICTERICIA, DECAIMIENTO DE FLORES MUSCULARES, ASTENIA, PERDIDA DE PESO. ACUDE A HOSPITAL DE OTAVALO DONDE REALIZAN EXAMENES Y LE INDICAN ALTERACION EN LINEAS CELULARES, ES ENVIADA A IESS IMBABURA POSTERIOR A LO CUAL ES ENVIADO ESTA CASA DE SALUD. SE REALIZA CITOMETRI DE FLUJO EN SANGRE PERIFERICA CON DG DE LLA. INICIAMOS TRAMITE DE DERIVACION POR FALTA DE ESPECIALISTA HEMATOLOGO PEDIATRA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos:

COVID-19 RT-PCR EN HISOPADO NASAL NEGATIVO
INMUNOFENOTIPO DE POBLACION CLONAL ABERRANTE
(81.8%)
CD19+ / CD34+ / CD79a+ / CD7+ / CD30+ / T+ / CD45+ / MPO- / CD45-10+ / T+
DIAGNOSTICO:
EL TRAZADO Y FENOTIPO CORRESPONDE A UNA MUESTRA DE SANGRE PERIFERICA CON COMPROMISO CLONAL DE SERIE LINFOIDE INMADURA QUE CORRESPONDE A LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA DE PRECURSORES B. ESTADIO DE MADURACION A DETERMINAR CON PANEL COMPLEMENTARIO, PROBABLEMENTE PRE POR CD34 CON 81.6% DE BLASTOS.
FEP LLA B CON 81.6% BLASTOS.
Hb 11.0 G/LTOS 19000 NEUTROFILOS 1110 PLAQUETAS 18000

5. Diagnóstico:	CIE-10	PRE	DEF
LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA (LLA)	C910		X

Nombre del profesional: SALAZAR YEGA GRACE PAULINA Cédula: 1718319112 Firma: Dra. Grace Salazar Y Sello: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☒

1. Datos Institucionales:		Establecimiento de Salud		Tipo	Especialidad del servicio	
Entidad del Sistema	Hist. Clínica No.					
Contrarefere 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:	
6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad:	

Nombre del profesional: Cédula: Firma: Sello:

Observaciones: