

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO**  
**Ó COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA**

CLÍNICA FUNDADORES  
Carrera 36 No. 25C - 15  
Conm: (1) 745 0966  
Bogotá D.C.

CLÍNICA FEDERMÁN  
Calle 58 A No. 37-10  
Conm: (1) 221 3400  
Bogotá D.C.

NUEVA CLÍNICA SAN SEBASTIÁN  
Carrera 5 No. 20 A 37  
Conm: (091) 833 0190  
Girardot (C/marca)

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Tobias Rodriguez No. DE IDENTIFICACIÓN: 11406439 PROGRAMA: CW  
NOMBRE DEL MÉDICO: Stefanie Sanabria ESPECIALIDAD: Medicina General FECHA: 12/05/2018

TIPO DE SERVICIO SOLICITADO	Interconsulta		Remisión		Ayuda Diagnóstica		Complementación Tpx		Otro. Cual?
	1a. Vez	Control	2da. Vez	Control	1a. Vez	Control	1a. Vez	Control	
Especifique el Servicio: <u>Psicología - Psiquiatría, - Cuidado Paliativo.</u>									

JUSTIFICACIÓN	Consigne Dx o idx, evolución, hallazgos importantes, tratamiento, resultado de exámenes practicados y concepto.
<p>Paciente masculino de 59 años con Ca de la union gastroesofágica metastásico con manejo con quimioterapia, radioterapia, con sangrado de vías digestivas altas, en manejo paliativo pero el paciente manifiesta de manera verbal y escrita su deseo de eutanasia por lo cual se solicita valoración por psiquiatría, psicología y seguimiento para manejo integral por cuidado paliativo, los cuales no contaron en la institución.</p> <p style="text-align: right;">Dra. Stefanie Sanabria Médica General C.M. 133243211</p>	

VALORACIÓN ESPECIALIZADA	
Hallazgos de importancia: _____	
Impresión Diagnóstica: _____	
Tratamiento Farmacológico: _____	
Recomendaciones: _____	
<p>El paciente debe continuar manejo con: MG <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/>Cuál? _____ Debe asistir a control en _____ meses.</p> <p>Solicitud de exámenes (Cuáles?) _____</p> <p>Solicitud de Interconsulta o Remisión (Especialidad) _____</p>	
Firma y Sello MÉDICO	

Favor diligenciar en original y copia la cual debe ser entregada al usuario para su próxima cita.  
Esta orden tiene vigencia de un mes y debe ser diligenciada en su totalidad por el Médico.

M.A. -824

Firma y C.C Paciente

**MEDICOS ASOCIADOS**  
**860066191**  
**HOJA DE EVOLUCION X MEDICO**

[RHCEvXMd]  
Fecha: 12/05/18  
Hora: 17:03:37  
Página: 1

Paciente: CC 11406437 JOSE TOBIAS RODRIGUEZ FLOREZ  
Edad: 59 AÑOS Empresa: CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGIA UT  
Pabellon: QUINTO PISO OCCIDENTAL Cama: H511

#	Fecha	Evolucion
1	12/05/2018 16:53:46	NOTA MEDICA:

PACIENTE MASCULINO DE 59 AÑOS CON DIAGNOSTICOS:

1. CA DE LA UNION GASTROESOFAGICA METASTÁSICA

PACIENTE MASCULINO DE 59 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CA DE LA UNION GASTROESOFAGICA METASTASICO, EN MANEJO CON QUIMIO Y RADIOTERAPIA 6/10, EN EL MOMENTO CON HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE TRANSFUSIONAL, VALORADO POR CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS QUIENES DADA LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE Y SU PATOLOGIA LA CUAL A PESAR DE MANEJO ONCOLOGICO Y RADIOTERAPIA NO SE A LOGRADO MEJORA, REALIZAN INTEREVCION PALIATIVA CON ACEPTACION POR PARTE DEL PACIENTE, ADEMÁS CONSIDERAN SEDACION PALIATIVA PERO EL PACIENTE REFIERE QUE DESEA LA EUTANASIA, HOY EN COMPAÑIA DE HIJA Y SOBRINA A QUIENES SE LES EXPLICA PROCESO, FIRMAN CARTA DE SOLICITUD DE EUTANASIA CONCENTIDA DE ACUERDO A RESOLUCION 1216 DE 2015 Y CUMPLIENDO CON REQUISITOS, POR LO CUAL SEGUN INDICACIONES DE CUIDADO PALIATIVO REQUIERE VALORACION POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA, DADO QUE EN LA INSTITUCION NO CONTAMOS CON ESTOS SERVICIOS SE INICIAN TRAMITES DE REMISION, SE LE EXPLICA AL PACIENTE Y LOS FAMILIARES LOS CUALES REFIEREN ENTNDER Y ACEPTAR.

SE INICIA PRIMERA UNIDAD CON EQUIPO DESLEUCOCITADOR PREVIA FIRMA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO DE AUTORIZACION DE TRANSFUSION SIENDO LAS 16+24

PA: 93/56 FC: 86 FR 18 SO2: 95% T°: 37

UNIDAD: 19586  
INSTITUCION HOSPITAL CLINICA  
NUMERO DE UNIDAD 2811978  
SELLO: 10008628  
PRODUCTO: GLOBULOS ROJOS  
GRUPO O +  
VOLUMEN 250.00  
VENCIMIENTO 15/06/2018  
TEMP: 4.0  
PRUEBA COMPATIBLE  
F. PRUEBA: 12/05/2018 14.49

SIN COMPLICACIONES NO RAT.

  
JENNIFER STEFANIE SANABRIA CARVAJAL  
Reg. 1032432117  
MEDICINA GENERAL

HABITACIÓN: 511

NÚMERO DE NAVEGACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD:

DÍA	MES	AÑO	HORA DE SOLICITUD
12	05	2018	05:06 pm

NOMBRE:

Jose Tobias Rodriguez Florez

EDAD:

59

CÉDULA:

11406437

PROGRAMA:

CMD

AFILIADO:

X

BENEFICIARIO:

PARTICULAR:

EXAMEN:

Revisión Integral

DIAGNÓSTICO:

Ca Union gastroesofágica metastásica

COMPLEJIDAD:

BUENA	MEDIA	ALTA
<u>X</u>		

OXÍGENO:

SI	NO
	<u>X</u>

EQUIPOS:

ORDENADO POR:

Stefanie Sanabria

*Dra. Stefanie Sanabria  
Médica Quirano  
17324377 - CUC 9*

VoBo. COORDINADOR O SUBDIRECTOR MÉDICO

FECHA:

DÍA	MES	AÑO	HORA DE SOLICITUD

DESTINO CONFIRMADO: \_\_\_\_\_

AMBULANCIA CONFIRMADA:

MÉDICOS	SISMÉDICA	TRASMÉDICA	OTRAS

RECIBIDO POR: \_\_\_\_\_

FECHA:

DÍA	MES	AÑO	HORA DE ATENCIÓN

HABITACIÓN: \_\_\_\_\_

PREPARACIÓN: \_\_\_\_\_

DESTINO CONFIRMADO: \_\_\_\_\_

AMBULANCIA CONFIRMADA:

MÉDICOS	SISMÉDICA	TRASMÉDICA	OTRAS