



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**ENTIDAD REMITENTE****NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA ESE****ENTIDAD DESTINO****Hospital Federico LLeras E.S.E.**

Nro Solicitud

13889

*Fecha de Referencia

23/04/2018 09:24:25 a. m.

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Dia

Mes

Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐2. En Urgencias ☒3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐2. Electiva prioritaria ☐3. Urgente ☒4. Hospitalización ☐

Identificación del paciente

Primer nombre

JESSICA

Segundo nombre

LAVERDE

Primer apellido

Segundo apellido

YATE

Edad: Años 28 Meses 0 Días 27 Dirección residencia PURIFICACION - TOLIMA

T.D. C.C No. Identificación 1105305124

Teléfono 3204665093

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

PURIFICACION

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación



Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

LAVERDE YATE, JESSICA

Dirección residencia

Teléfono 3204665093

Afiliación SGSSS

Subsidiado



Clasif. Socioec.



Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial



Contributivo



Particular



No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EPS SA Y OTROS

Otro régimen:

Solicitud de referencia

Fecha:

Dia

23

Mes

4

Año

2018

Hora:

9:24

AM PM

Edad gestacional:

Nombre del procedimiento solicitado		Código del Servicio Solicitado	Identificación de Instituciones					
			Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final		
1								

ANAMNESIS : " INTENTO DE SUICIDIO"

PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR INTENTO DE SUICIDIO, ACOMPAÑADA DE SU ESPOSO, POR DISCUSION MARITAL. ESPOSO REFIERE INTENTO DE SUICIDIO TAMBIEN HACE 8 DIAS POR AUTOAGRESION POR CORTADURAS CON HOJA DE BISTURI EN MANOS. ANOCHE CON NUEVO INTENTO DE AGRESION POR CUTTING. NO REFIERE CLINICA DE EPISODIOS PSICOTICOS.

EXAMEN FISICO : ALERTA, ORIENTADA, DEPRIMIDA, ACEPTABLE ESTADO GENERAL APARENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA.

C/C MUCOSAS HÚMEDAS, ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS. NO MASAS NI ADENOPATÍAS CERVICALES, NO INGURGITACIÓN YUGULAR A 45°.

C/P RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR SIMETRICO EN ACP.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SE PALPAN MASAS, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES

GU: NO SE EXPLORA

EXT: ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL, NO EDEMAS, PULSOS SIMÉTRICOS.

NEUROL: SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO FOCALIZACIÓN NI SIGNOS MENÍNGEOS. RMT 2/4 SIMÉTRICOS

+

SIGNOS VITALES :

-pulso - 78 xmin

-f.c - 78 xmin

-p.a.s - 113 mmHg

-f.r - 20 xmin

-temperatura - 36.6 °C

-peso - 65 Kgr

-so2 - 98 %

-p.a.d - 74 mmHg

RESUMEN : PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR INTENTO DE SUICIDIO, ACOMPAÑADA DE SU ESPOSO, POR DISCUSION MARITAL. ESPOSO REFIERE INTENTO DE SUICIDIO TAMBIEN HACE 8 DIAS POR AUTOAGRESION POR CORTADURAS CON HOJA DE BISTURI EN MANOS. ANOCHE CON NUEVO INTENTO DE AGRESION POR CUTTING. NO REFIERE CLINICA DE EPISODIOS PSICOTICOS. AL EXAMNE FISICO NO SE EVIDENCIAN LESIONES DE AUTOAGRESION. PACIENTE REFIERE CUADRO DE DEPRESION YA INSTAURADO, MOTIVO DE AUTOAGRESION: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. REFIERE CEFALEA

EXAMENES DE LABORATORIO :

** HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICESERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO - 23/abr/18 12:07

° HEMOGRAMA METODO MANUAL Y SEMIAUTOMATIZADO ->>

Hemoglobina 13.0; Hematocrito 41.7; Rto de Leucocitos 7.080; Neutrófilos 59.4;

Linfocitos 29.2; Eosinófilos 6.2; Monocitos 4.9; Basófilos 0.3;

RECuento DE PLAQUETAS 308.000;

**** UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA - 23/abr/18 11:47**

° Uroanalysis ->>

ASPECTO LIG TURBIO; COLOR AMARILLO; pH 5.5; DENSIDAD 1.015; LEUCOCITOS 1-3;
HEMATIES 3-5; CELULAS EPITELIALES OCASIONALES; BACTERIAS +;

**** TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA - 23/abr/18 11:47**

° Serología VDRL ->>

Serología VDRL NO REACTIVO;

**** HEPATITIS B ANTÍGENO DE SUPERFICIE AG HBS * + - 23/abr/18 11:46**

° HEPATITIS B AgS ->>

ANTIGENO SUPERFICIE HBs Ag NEGATIVO; VALOR DE REFERENCIA NEGATIVO;

**** VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS - 23/abr/18 11:46**

° SIDA ANTICUERPOS 1 Y 2 ->>

HIV 1/2 NO REACTIVO; Observaciones METODO INMUNOCROMATOGRAFIA;

**** GLUCOSA (EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS) - 23/abr/18 11:46**

° Glucosa (en Suero, LCR, otros Fluidos) ->>

Glucosa (en Suero, LCR, otros Fluidos) 83;

Nombre del diagnóstico

Código diagnóstico

1 LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO CORTANTE: VIVIENDA

X780

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE DE 28 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR INTENTO DE SUICIDIO, ACOMPAÑADA DE SU ESPOSO, POR DISCUSION MARITAL. ESPOSO REFIERE INTENTO DE SUICIDIO TAMBIEN HACE 8 DIAS POR AUTOAGRESION POR CORTADURAS CON HOJA DE BISTURI EN MANOS. ANOCHE CON NUEVO INTENTO DE AGRESION POR CUTTING. NO REFIERE CLINICA DE EPISODIOS PSICOTICOS. AL EXAMNE FISICO NO SE EVIDENCIAN LESIONES DE AUTOAGRESION. PACIENTE REFIERE CUADRO DE DEPRESION YA INSTAURADO, MOTIVO DE AUTOAGRESION: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. REFIERE CEFALEA. PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA. SE EXPLICAN TRAMITES DE REMISION.

DX.
INTENTO DE SUICIDIO
TRASTORNO DEPRESIVO

PLAN:
HOSPITALIZACION
LR A 80 CC H
DIPIRONA 2G IV AHORA.
HALOPERIDOL 5MG DIA
REMISION A PSIQUIATRIA.
VRDL, VIH, GLUCOSA, AGSHB, PARCIAL DE ORINA, HEMOGRAMA, EKG.
PACIENTE CON POMEROY.

Motivo Referencia:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Servicio no ofertado <input type="checkbox"/> | 3. Falta de insumos <input type="checkbox"/> | 5. Falta de camas <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia sanitaria <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia del profesional <input type="checkbox"/> | 4. Falla en equipos <input type="checkbox"/> | 6. Cese de actividades <input type="checkbox"/> | 8. Otro; cuál _____ |

Datos del profesional que referencia

Nombre JAIRO FERNANDO CASTRO SANJUAN

Firma

☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro 1082965280

**Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento