



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>

Nro Solicitud

83253

*Fecha de Referencia

29/04/2018 09:03:10

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Día 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

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

FRANCINER

BUENO

OSORNO

Edad: Años 49 Meses 2 Días 7

Dirección residencia LA CALLE

T.D. C.C. No. Identificación 18465278

Sexo

Teléfono 3204933850

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Localidad

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

☒ F

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

FRANCINER BUENO OSORNO

Dirección residencia

Teléfono 3204933850

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

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha:

Día

29

Mes

4

Año

2018

Hora:

9:03

AM PM

Edad gestacional:

Identificación de Instituciones

Nombre del procedimiento solicitado

Código del Servicio Solicitado

Nombre Punto de Atención Destino

Código Punto de Atención Destino Inicial

Nombre Punto de Atención Destino Final

Código Punto de Atención Destino Final

1 OTROS SERVICIOS PRESTADOS

ANAMNESIS : Se intento suicidar

EXAMEN FISICO :

RESUMEN : Paciente visto en la noche anterior por intento de suicidio, marcas de ahorcamiento en cuello, salvado a tiempo por esposa y vecinos, reanimación por hipoxia. manifiesta que no tiene deseos de vivir por su enfermedad de parkinson, ya que segun dice no mejora con el tratamiento, el pensamiento es de contenido bizarro. dice sentirse deprimido, cansado, que los antiparkinsonianos. debe continuar tomando

EXAMENES DE LABORATORIO :

** PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL - 28/abr/18 20:32

° PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL ->>

PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL VDRL NO REACTIVA;

** GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO - 28/abr/18 19:24

° GASES ARTERIALES ->>

PH 7.434; VALOR DE REFERENCIA 7.350-7.450; PCO2 33.8; PO2 82; ANION GAP 5.2;

** CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS - 28/abr/18 14:27

° CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS ->>

FIO2 21; %SO2C 96.5; HCO3 22.6; BEB -1.1; BEECF -1.8; TIPO DE MUESTRA ARTERIAL ; CREATININA 1.25;

** TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] - 28/abr/18 14:27

° TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALOACETICA ASPARTATO AMIN ->>

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALOACETICA - TGO 15;

** TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] - 28/abr/18 14:27

** NITROGENO UREICO - 28/abr/18 14:26

° NITROGENO UREICO ->>

NITROGENO UREICO 7.9;

Nombre del diagnóstico

Código diagnóstico

1 ENFERMEDAD DE PARKINSON

G 2 0 X

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : Paciente visto en la noche anterior por intento de suicidio, marcas de ahorcamiento en cuello, salvado a tiempo por esposa y vecinos, reanimación por hipoxia. manifiesta que no tiene deseos de vivir por su enfermedad de parkinson, ya que segun dice no mejora con el tratamiento, el pensamiento es de contenido bizarro. dice sentirse deprimido, cansado,

que los antiparkinsonianos. debe continuar tomando

Plan

Carvidopa, 1 comprimido diario,
Amantadina 1 comprimido diario,
biperideno 2 mg cada 8 horas
clozapina 50 mg cada 12 horas
Fluoxetina 20 mg en la mañana,
Continuar Pramipexol.
Remision a institucion psiquiatria
Ringer 100 cc hora.
Omeprazol 20 mg dia.

Alto riesgo de autoagresion, acompañante permanente, se avisa a personal de enfermeria y a seguridad.

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 | paciente con parkinson, psicosis border line. Alto riesgo de autoagresion. | | | | | | |

SS REMISION A INSTITUCION PSIAQUIATRIA.

Datos del profesional que referencia

Nombre Jaime Vengoechea O

Firma

- ☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro 7434720

**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

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento