



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>

Nro Solicitud
83059

*Fecha de Referencia 17/04/2018 12:50:35 p.m.
** 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 JORGE Segundo nombre HERNANDO Primer apellido MESA Segundo apellido MURILLO
Edad: Años 32 Meses -1 Días 18 Dirección residencia BARRIO SAN LUIS
T.D. C.C No. Identificación 1108452101 Sexo Teléfono 3102355228
CC Cédula de ciudadanía RC Registro civil MSI Menor sin identificación Localidad FLANDES
TI Tarjeta identidad PA Pasaporte ASI Adulto sin identificación ☒ F

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)
Nombre y apellido 00 Dirección residencia Teléfono 0

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: EPS FAMISANAR SAS Otro régimen: G. Indigente D. Desplazado O. Otros

Solicitud de referencia
Fecha: Día 17 Mes 4 Año 2018 Hora: 12:50 AM/PM Edad gestacional:

| 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 | | | | | | | | | | | |

ANAMNESIS : EESTA AGRESIVO
PACIENTE TRAI DO POR POLICIA NACIONAL Y SU PADRE QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE,
REFIERE CLINICA DE 1MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGRESIVIDAD Y DROMOMAIA, REFIERE POLICIA QUE EL DIAD
E HOY SE ENCONTRABA TIRANDO PIEDRAS A LOS TRANSEUNTES DE LA VEREDA CAMALÁ, REFIERE ADMINISTRARON
300MG DE CLOZAPINA ANTES DE INGRESAR
EXAMEN FISICO : REGULARES CONDICIONES GENERALES, INMOVILIZADO CON ESPOSAS, SOMNOLINETO, AFEBRIL, NO
LUCE DESHIDRATADO, CON SIALORREA

NORMOCEFALO, NO APRECIA LESONES EN CARA
TORAX: SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS BIEN
TRANSMITIDOS SIN AGREGADOS PULMONARES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
ABDOMEN: NO DISTENDIDO, RSIS PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE
IRRITACION PERITONEAL, PUÑO PERCUSION NEGATIVA
EXTREMIDADES: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: DORMIDO, DESORIENTADO, SIN DEFICIT DE PARES CRANEANOS, NO ALTERACION SENSOMOTORA,
FUERZA CONSERVADA, ROT +/+/++++, NO RIGIDEZ NUCAL.
PIEL: SIN LESIONES
MENTAL: EN EL MOMENTO CON SOMNOLENCIA PERO DESPIERTA AGRESIVO CON VERVIGERACION Y LENGUAJE SOEZ,
INTENTA RETIRARSE LAS ESPOSASSIGNOS VITALES :
-pulso - 84 xmin
-f.c - 84 xmin
-p.a.s - 100 mmhg
-f.r - 18 xmin
-temperatura - 37 °C
-p.a.d - 60 mmHg

RESUMEN : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON POBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTO
PRESENTA AGRESIVIDAD "LE TIRA PIEDRAS A TODOS LOS QUE PASAN" TRAI DO POR POLISIA, CON SEDACION PARCIAL
POR EFECTO DE CLOZAPINA ADMINISTRADA SI EMBARGO AUN CON AGRESIVIDAD Y FACIL DESPERTAR, SIGNOS VITALES
ESTABLES, REQUIERE MANEJO INTEGRAL POR PSIQUIATRIA
EXAMENES DE LABORATORIO :

| Nombre del diagnóstico | | | | Código diagnóstico | | | |
|------------------------|--|---|---|--------------------|---|--|--|
| 1 | ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | F | 2 | 0 | 0 | | |
| 2 | OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES | F | 2 | 3 | 3 | | |
| 3 | EFFECTOS ADVERSOS DE OTROS ANTIPSICOTICOS Y NEUROLEPTICOS | Y | 4 | 9 | 5 | | |

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE TRAI DO POR POLICIA NACIONAL POR REFERIR AGRESION A TRANSEUNTES
CON PIEDRAS, ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SIN ADHERENCIA A TRATAMIENTO,

ADMINISTRARON DOSIS DE 300MG DE CLOZAPINA EN EL MOMENTO INGRESA SEDADO PARCIALMENTE CON SINTOMAS COLINERGICOS(SIALORREA, MIDRIASIS) SIN EMBARGO DESPIERTA AL LLAMADO CON AGRESIVIDAD Y LENGUAJE SOEZ, SE CONSIDERA POR RIESGO DE AGRESION AUTOLOGA Y HETEROLOGA DEBE REMITIRSE A MANEJO INTEGRAL POR PSIQUIATRIA, SE ADMINSTRARÁ SEDACION A NECESIDAD, INMOVILIZACION TOTAL

SE SOLIITA EKG POR RIESGO DE BLOQUEO DERIVVADDO DE CLOZAPINA

PLAN

MIDAZOLAM 5MG C6H

HALOPERIDOL 5MG C6H

REMISION A PSIQUIATRIA

SS HEMOGRAMA, TIEMPOS DE COAGULACION, TRANSAMINASAS

Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado

☐

3. Falta de insumos

☐

5. Falta de camas

☐

7. Emergencia sanitaria

☐

2. Ausencia del profesional

☐

4. Falla en equipos

☐

6. Cese de actividades

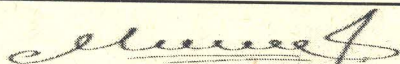
☐

8. Otro; cuál

Datos del profesional que referencia

Nombre CRISTHIAN DAVID MENESES SANCHEZ

Firma

☐

Médico / Odontólogo General

☐

Médico / Odontólogo Especialista

Registro 1110531371

**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