

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES ADAPTACION DE LA SDS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09 Código: 114 RDO FT 622.1 V.1	Elaborado por: Angela Patricia Santos Revisado por: Consuelo Peña Aponte. Aprobado por: Elsa Graciela Martínez. Control documental: Dirección Planeación y Sistemas - Grupo SIG																				
N° de Planilla Fecha de radicación de la Referencia Hora de radicación de la Referencia 		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> <td>2018</td> </tr> </table>	DD	MM	AA	3	8	2018														
DD	MM	AA																				
3	8	2018																				
TIPO DE USUARIO 1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización <input checked="" type="checkbox"/> 1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgencias <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input checked="" type="checkbox"/>																						
IDENTIFICACION DEL PACIENTE																						
Primer Nombre JOHAN Segundo nombre SEBASTIAN Primer Apellido DIAZ Segundo Apellido NIEVES Fecha de Nacimiento: Día 12 Mes 6 Año 1946 Edad: Años 72 Meses 1 Días 20 F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Tipo Documento CC N° Identificación 1033793374 Dirección Residencia calle 54 # 12 48 sur Teléfono 3022887038 TUNJUELITO																						
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)																						
Nombre y Apellido _____ Dirección Residencia _____ Teléfono _____																						
Subsidio: <input checked="" type="checkbox"/> Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/> Nivel/Categoría <input type="checkbox"/> Población Especial <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> N° Ficha _____ Entidad Administradora: FAMISANAR G. Indigente D. Desplazado OTRO: _____																						
SOLICITUD DE REFERENCIA																						
Fecha: Día 3 Mes 8 Año 1 Hora Militar 00+30 Edad gestacional (sem.) _____																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nombre del Procedimiento Solicitado</th> <th>Nombre Punto de Atención Destino Inicial</th> <th>Código Punto de Atención Destino Inicial</th> <th>Nombre Punto de Atención Destino Final</th> <th>Código Punto de Atención Destino Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. REMISION MANEJO INTEGRAL POR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. EPS Para manejo integral por</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Toxicología, psiquiatría, unidad de cuidado intermedio.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre del Procedimiento Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final	1. REMISION MANEJO INTEGRAL POR					2. EPS Para manejo integral por					3. Toxicología, psiquiatría, unidad de cuidado intermedio.				
Nombre del Procedimiento Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final																		
1. REMISION MANEJO INTEGRAL POR																						
2. EPS Para manejo integral por																						
3. Toxicología, psiquiatría, unidad de cuidado intermedio.																						
I Nivel <input type="checkbox"/> II Nivel <input type="checkbox"/> III Nivel <input checked="" type="checkbox"/>																						
Anamnesis																						
Paciente con intoxicación por acetaminofén, llega a urgencias posterior a 2 h de la ingesta de 25 gramos, superior a la dosis tóxica y letal, se administraron 3 gramos de n acetil cisteína, se completa la dosis de 150 mg/kg, continuamos con 12.5 mg/kg/h por 4 horas y luego 6.25 mg/kg/h durante 16 horas, de acuerdo a resultados de pruebas de función hepática se podría extender hasta 72 horas la infusión, tiene alto riesgo de falla hepática aguda y mortalidad considerando que consumió más de la dosis letal, se continua monitoreo en reanimación y se solicita monitoreo en unidad de cuidado intermedio, se inician trámites.																						
Signos Vitales																						
TA: 116 / 71 FC: 101 x min FR: 19 T: 36 °C PESO: 23 Kg Glasgow: 15/15 / 90 O2 2 LITOS%																						
Aceptables condiciones generales, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria SV: TA: 142/102 mmHg FC 68 lpm FR 18 rpm T 36°C SatO2 95% FIO2 ambiente. Conjuntivas anictéricas normocrómicas, sonda nasogastrica drenando carbón activado, mucosa oral húmeda, cuello móvil, sin adenopatías ni megalias ni IY. CP Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos, sin s3, sin otros agregados, pulmones con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin agregados. Tórax sin retracciones. Abdomen: Blando, depresible, sin dolor, riasas ni megalias a la palpación. Ext. Eutróficas, sin edemas, llenado capilar menor de 2 segundos, sin agregados. Ext. Eutróficas, sin edemas, llenado capilar menor de 2 segundos. Neurológico: Alerta, sin déficit motor ni sensitivo.																						
Nombre del Diagnóstico																						
1. EFECTOS NOCISO ANALGESICOS Código CIE10 de Diagnóstico 2. INTOXICACION ACETAMINOFEN DOSIS LETAL Y 4 5 8																						
PARACLINICOS																						
Paraclínicos: Leucos 8980 Neutros 6230 Linfos 1790 Hb 17.2 Hcto 50.6 VCM 93.5 Plt 297000 Albumina 5.08 BT 1.41 BD 1.03 Gases arteriales Equilibrio ácido base, leve hiperfactalemia. AST 27 ALT 26 LDH 368 C de orina hematúria escasa.																						
MOTIVO REFERENCIA																						
1. SERVICIO NO OFERTADO <input checked="" type="checkbox"/> 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL <input type="checkbox"/> 3. FALTA DE INSUMOS <input type="checkbox"/> 4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS <input type="checkbox"/> 5. FALTA DE CAMAS <input type="checkbox"/> 6. CESE DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> 7. EMERGENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/> 8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL <input type="checkbox"/> 9. AUSENCIA DE CONVENIO <input type="checkbox"/> 10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA <input type="checkbox"/> 11. OTRO: Cuál: _____																						
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA																						
ME Nombre JOHAN SEBASTIAN RUANO VIVEROS Profesión MEDICO Especialidad MEDICINA INTERNA Registro 1018458039 Firma _____ HOSPITALARIO																						
DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACION)																						
FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____ Hora Militar _____ Nombre _____ Especialidad _____ Cargo _____ Punto de Destino Final _____ Funcionario de contacto _____																						
CANCELACION DE LA REFERENCIA																						
FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____ Hora Militar _____ Nombre _____ Especialidad _____ Cargo _____																						
MOTIVO DE CANCELACION																						
1. FUGA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 3. DX NO CONCORDANTE <input type="checkbox"/> 4. SALIDA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> 5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR <input type="checkbox"/> 6. REMISION NO PERTINENTE <input type="checkbox"/> 7. MEJORIA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 8. ALTA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 9. AUTORIZACION VENCIDA <input type="checkbox"/> 10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE <input type="checkbox"/> 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> 12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA <input type="checkbox"/> 13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA <input type="checkbox"/> 14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> 15. OTRO <input type="checkbox"/> Cuál: _____ Firma de quien cancela _____																						