



E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
NIT. 891855209-4
CRA 20 # 21-37 (Tel:7850110)

Remisiones
201808180061 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión	DÍA <u>18</u>	MES <u>08</u>	AÑO <u>2018</u>	Autorización: O
No. de Historia Clínica	<u>CC4191696</u>			
Sede	<u>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</u>		Código	<u>155160073201</u>
Institución a la que se remite	<u>-----</u>		Código	<u>----</u>

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
<u>JOSE MIGUEL</u>	<u>CAMACHO</u>	<u>RUIZ</u>	M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>
Documento Identidad	C.C. <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/>	No. <u>4191696</u>	
Dirección	<u>CRA 20 NO 24-38</u>	Teléfono	<u>3133941840</u>
Municipio	<u>PAIPA</u>	Departamento	<u>Boyaca</u>
Lugar y Fecha de Nacimiento	<u>- 10/06/1958</u>	Urbano	<u>X</u>
Estado Civil	<u>SOLTERO</u>	Rural	<u>---</u>

REGIMEN

Contributivo <input checked="" type="radio"/>	Subsidiado <input type="radio"/>	Vinculado <input type="radio"/>	SOAT <input type="radio"/>	Particular <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
Nombre Aseguradora <u>NUEVA EPS SA</u>					

DATOS DE LA REFERENCIA

Fecha de Ingreso			Servicio que Remite	Especialidad
D <u>18</u>	M <u>08</u>	A <u>2018</u>	Urgencias <u>X</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>
Fecha de Egreso				
D <u>18</u>	M <u>08</u>	A <u>2018</u>	Consulta Externa <u>---</u>	<u>---</u>
			Hospitalización <u>---</u>	<u>---</u>
			Otro <u>---</u>	<u>---</u>

Modalidad de Solicitud	Servicio que Remite	Especialidad
Remisión <u>X</u>	Urgencias <u>---</u>	<u>---</u>
Interconsulta <u>---</u>	Consulta Externa <u>---</u>	<u>---</u>
Orden de Servicio <u>---</u>	Hospitalización <u>---</u>	<u>---</u>
Apoyo Tecnológico <u>---</u>	Otro <u>PSIQUIATRIA</u>	<u>PSIQUIATRIA</u>

Motivo de Remisión	Médico que Remite
Nivel de Competencia <u>X</u>	Nombre <u>MARTHA LUZ BARRERA PONGUTA</u>
No hay Recurso Humano <u>---</u>	Firma y Sello <u>---</u>
No hay Equipo <u>---</u>	C.C. <u>1057591749</u>
Petición Voluntaria <u>---</u>	Registro Médico <u>---</u>
Otro <u>---</u>	

PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EN MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR AGITACION PSICOMOTORA. FAMILIAR REFIERE CUADRO DE 2 DIAS DE AGITACION, LOGORREA Y AGRESIVIDAD. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR FARMACOLOGICOS: ACIDO VALPROICO 250 MG (2-2-2), QUETIAPINA 200 MG (0-0-2), CLOZAPINA 100 MG (0-0-1, LITIO 300 MG (1-1-1) QUIRURGICOS: HERNIORRAFIAS INGUINALES BILATERAL ALERGICOS: FAMILIAR NIEGA TOXICOS: FAMILIAR NIEGA FAMILIARES: MADRE CA DE PULMON, PADRE DM2 EXAMEN FISICO: TA 125/86 MMHG, FC 66, FR 18, SATO2 94% FIO2 21% CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, NO DEFORMIDADES, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN MASAS, TORAX: EXPANSIBLE, SIMETRICO, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL, NEUROLOGICO: ALERTA, LOGORREICO, INQUIETUD MOTORA, PENSAMIENTO ILOGICO, CIRCUNSTANCIAL, NIEGA ALUCINACIONES, NIEGA IDEAS DE SUICIDIO, IDX 1. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PLAN 1. SE INICIA TRAMITES DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA EN UNIDAD MENTAL

Nivel de Competencia								
Nivel que Remite	1	<u>X</u>	2	<u> </u>	3	<u> </u>	4	<u> </u>
Nivel al que se Remite	1	<u>X</u>	2	<u> </u>	3	<u> </u>	4	<u> </u>
Datos de la Remisión (se registra la hora militar) Hora Solicitud <u>21:48</u> Hora <u>21</u> Minutos <u>48</u> Nombre de la persona que solicita la Remisión <u>MARTHA LUZ BARRERA PONGUTA.(MEDICINA .)</u> Hora Confirmación <u>21:48</u> Hora <u>21</u> Minutos <u>48</u> Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión) <u>O</u> Datos de Llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor) Hora <u> </u> Minutos <u> </u> Nombre del Conductor <u> </u> No. Placa Ambulancia <u> </u>								
Diagnóstico Presuntivo <u>OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES</u>					Código CIE <u>F233</u>			
Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas Anamnesis: <u>PACIENTE DE 60 AÑOS CON CUADRO CLINICO 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGITACION PSICOMOTORA FAMILIAR REFIERE QUE AGREDIO A FAMILIARES , SE SALIO DE LA CASA Y CAMINO EN LA CALLE, ES TRAIIDO POR LA POLICIA, ACTUALMENTE SINTOMATICO</u>								
Signos Vitales	TA	FC	T(°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW	
	130/92	111	36.00	22	10	10.00		

Hallazgos del Examen Físico

NIEGA CONCIENTE ALERTA Cabeza:Normal CABEZA NORMOCEFALA. MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA. CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. ESCLERAS ANICTERICAS. ISOCORIA NORMORREACTIVA, NO OFTALMOPLEJIAS, NO NISTAGMO. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, RINOSCOPIA NORMAL, OROFARINGE NORMAL - Cuello:Normal CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS. - Torax:Normal SIMETRICO, ESTABLE, NORMOEXPANSIBLE. Rscs RITMICOS SIN SOPLOS, RsRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS - Abdomen:Normal ABDOMEN: NO DISTENDIDO, Rsls PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO VICEROMEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL - G/U:Normal GENITOURINARIO DIFERIDO - Extremidades:Normal MOVILES SIMETRICAS SIN EDEMA LLENADO CAPILAR DE DOS SEGUNDOS PULSOS PRESENTES SIMETRICOS - Neurológico:Normal SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. PARES CRANEALES INTEGROS SIN DEFICIT, NO MENINGISMO, NO FOCALIZACION. RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL. PACIENTE CON PRESENCIA DE AGITACION POCA COLABORACION - Nariz:Normal - Oidos:Normal - Boca:Normal - Ojos:Normal - Piel:Normal - Ano:Normal - Osteomuscular:Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

PACIENTE DE 60 AÑOS CON CUADRO CLINICO 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGITACION PSICOMOTORA FAMILIAR REFIERE QUE AGREDIO A FAMILIARES , SE SALIO DE LA CASA Y CAMINO EN LA CALLE, ES TRAI DO POR LA POLICIA, ACTUALMENTE SINTOMATICO, SE DECIDE MANEJO MEDICO NUEVA VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA, SE EXPLICA REFIERE ENTENDER Y ACEPTA LA CONDUCTA, FAMILIARES DEL PACIENTE

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Medicamento: (N05CD0802) MIDAZOLam AMP 15 mg Dosis: 1; Medicamento: (N05AD0101) HALOperidol AMP 5 mg / mL Dosis: 1; Medicamento: (103030088) JERINGA 5CC Dosis: 0;

Nota Médica

18/08/2018 a las 19:55:59.

INGRASA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS TRAI DO POR LA POLICIA Y EN COMPAÑIA DE FAMILIAR POR PRESENTAR "ANSIEDAD " ES VALORADO POR TRIAGE CON SIGNOS VITALES TA 130/92 FC 111 FR: 22 T 36.0 SPO2: 92 % AL AMBIENTE POSTERIOR MENTE ES VALORADA POR DRA. PACHECO QUIEN DA DIAGNOSTICO DE: CEFALEA. ORDENA:

MIDAZOLAN 5 MG IM

HOLOPERIDOL 5 MG IM

REVALORAR

SE EXPLICAN ORDENES MEDICAS A FAMILIAR Y PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA EL PROCEDIMIENTO FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO , SE ADMINISTRA MEADOZOLAN 5 MG IM EN GLUTEO IZQUIERDO Y HOLOPERIDOL 5 MG IM GLUTEO DERECHO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SIN NINGUNA COMPLICACION PACIENTE SE ENMOVILIZA CON AYUDA DE POLICIA EN CUATRO PUNTOS ,PENDEINTE NUEVA VALOARCION

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
<u>OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES</u>	<u>F233</u>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Observaciones o Sugerencias

MIDAZOL 5 MG IMAHORA HALOPERIDOL 5 MG IMAHJORA NUEVA VALORACION

Impreso por:

Sandra Milena Baron
146082710
AUX DE ENFERMERIA

SANDRA MILENA BARON
AUXILIAR DE ENFERMERIA