

## RESUMEN DE EGRESO

fecha de diligenciamiento

17 8 16  
DD MM AAA

### DATOS DEL PACIENTE

Apellido(s) y nombre(s) <b>Forero Jorge</b>	Edad <b>54</b> Años	No de admisión <b>19468506</b>	No. de historia clínica	No. de habitación
Nombre completo del medico tratante <b>Andrés Buitrago</b>	Fecha y hora de ingreso <b>14 2 16</b>		Fecha y hora de egreso <b>17 8 16</b>	
	DD MM AAA	HH MM	DD MM AAA	HH MM

### MOTIVO DE INGRESO

**Esquizofrenia**  
**mala adherencia**  
**nocheada de psicosis**  
**disfunción global**

### RESUMEN DE EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

**(-)**

### DIAGNÓSTICO INICIAL

Descripción	Código CIE 10
I. <b>Esquizofrenia</b>	<b>F209</b>
II.	Código CIE 10
III.	Código CIE 10
IV.	
V.	

### CAUSA EXTERNA

<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Otro tipo de accidente	<input type="checkbox"/> Lesión por agresión	<input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Evento catastrófico	<input type="checkbox"/> Lesión autoinflingida	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad general	<input type="checkbox"/> Otros

### RESUMEN DE EVOLUCIÓN

**Se realiza valoración diagnóstica, se inicia manejo por psicofármacos, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, con evolución favorable, remisión de síntomas psicóticos, mejor adaptación afectiva, buen patrón de sueño y alimentación. No ideas suicidas ni homicidas. Se da salida.**

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Medicamento	Presentación	Dosis
Quetiapina	Tab 200mg	0-0-2
Biphenideno	Tab 2mg	1-0-0
Motefarina	Tab 850mg	1-0-1
Isotopercal	Soluci	0-0-1

COMENTARIOS (Registre información relevante como resultados de laboratorios, imágenes diagnósticas, valoraciones de otras especialidades, etc.)

## DIAGNÓSTICO DE EGRESO

Descripción

I.	Esguiofrenia	Código CIE 10	F200
II.	Abandono de la escuela	Código CIE 10	
III.		Código CIE 10	
IV.		Código CIE 10	
V.			

## PLAN DE MANEJO

- ☒ Control ambulatorio
 ☒ Fórmula de medicamentos
 ☐ Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
 ☐ Remisión psicoterapia
 ☐ Remisión otra institución, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## ORDEN MEDICA

Quetiapina 200mg VO 0-0-2  
 Motefarina 850mg VO

## OBSERVACIONES

Se lo a instaurado de cuidados cardiacos

FECHA DILIGENCIAMIENTO DIA 07 MES 05 AÑO 2008

**I. DATOS DEL USUARIO**

Nombres y Apellidos <u>Jorge Ferrero</u>		Edad <u>54</u>
Tipo identificación	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ASI <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/>	No. Documento <u>19468506</u>
Dirección	Tel. Fijo	Tel. Cel.
Municipio	Departamento	

<b>II. DIAGNÓSTICO</b>		Código C.I.E. 10
Dx PRINCIPAL <u>Esquizofrenia</u>		<u>F200</u>
Dx SECUNDARIO		

<b>III. SI EL SERVICIO MEDICO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD ES UNICO PERO DEBE SER REPETIDO, DETERMINAR:</b>			
OBJETIVO DEL SERVICIO SOLICITADO		IDENTIFICAR MOTIVO: Porque se requiere nueva evaluación	
<input type="checkbox"/> Promoción	<input type="checkbox"/> Prevención	<input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Complicación
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Presunta mala praxis	<input type="checkbox"/> Recurrencia de la afección

**IV. MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD NO INCLUIDA EN EL P.O.S. SOLICITADO**

Nombre Medicamento (genérico) / Servicio	Forma de Presentación y/o Concentración	Dosis y/o Frecuencia de Uso	No. Días Tratamiento
<u>Quetapina</u>	<u>Tob 200mg XR</u>	<u>400mg</u>	<u>30</u>

GRUPO TERAPEUTICO: Antipsicóticos

**V. MEDICAMENTOS / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE SALUD DE IGUAL GRUPO TERAPEUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE Y QUE SE ENCUENTRA EN EL POS**

Nombre Medicamento (genérico) / Servicio	Forma de Presentación y/o Concentración	Dosis y/o Frecuencia de Uso	Equivalente del Medicamento y/o Servicio solicitado	No. Días Tratamiento
<u>Haloperidol</u>	<u>Tob 5mg</u>	<u>20</u>		<u>120</u>

**VI. NOMBRE OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA ESTE CASO (POS O NO POS)**

risperidona, clonazepam

**VII. EXISTE RIESGO INMINENTE?**

SI ☒ NO ☐ Cuál? crisis psicótica

**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Acpe.com johnmoo.com

<b>X. DOCUMENTOS A ANEXAR (Espacio EPS)</b>		<b>XI. PROFESIONAL DE LA SALUD</b>	
<input type="checkbox"/> Resumen completo de Atención, Historia Clínica y/o Epícrisis con máximo 20 días de vigencia (Fotocopia) <input type="checkbox"/> Copia de la Orden del Procedimiento, Suministro y/o Fórmula Médica actualizada con la regulación establecida en el Decreto 2200 de 2005 <input type="checkbox"/> Tener en cuenta que las fechas de expedición de estos documentos deben coincidir.		<input checked="" type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO Req. Med. <u>21862017</u> Nombres y Apellidos <u>Andrés Antez</u> Especialidad <u>Psiquiatría</u> Firma <u>Andrés Buitrago R.</u> Psiquiatra Universidad <u> </u>	
Nombre de quien radica	Firma y Sello	Firma <u> </u> continúa al respaldo	

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

1. DATOS DEL USUARIO  
 Nombres y Apellidos, del usuario  
 Tipo identificación  
 C.C. Cédula de Ciudadanía  
 C.E. Cédula Extranjería  
 T.I. Tarjeta de Identidad  
 R.C. Registro Civil  
 PA Pasaporte  
 ASI Adulto Sin Identificación  
 MSI Menor Sin Identificación  
 No. Documento, diligencie número de documento del usuario.  
 Dirección, escriba dirección de residencia del usuario.  
 Tel. Fijo del usuario  
 Tel. Celular del usuario  
 Ciudad o Municipio - Departamento de residencia del usuario.

El profesional de la salud tratante relaciona el diagnóstico principal con el Código C.I.E. 10 respectivo.

## TERMINAR:

OBJETIVO DEL SERVICIO SOLICITADO: El profesional del salud  
 arca con X según corresponda y selecciona para que lo solicite:  
 Promoción  
 Prevención  
 Tratamiento  
 Rehabilitación  
 Diagnóstico

Nueva evaluación  
Complicación  
Recurrencia de la afección  
Presunta mala praxis

Nombre Medicamento: en denominación común debe coincidir  
n el prescrito en la fórmula médica o Internacional Nombre  
nómico. Si corresponde a Servicio, escribir el nombre.

V. MEDICAMENTOS / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE  
SALUD DE IGUAL GRUPO TERAPEUTICO QUE SE  
REEMPLAZA O SUSTITUYE Y QUE SE ENCUENTRA EN EL  
POS.

El profesional de la salud SIEMPRE DEBE DETERMINAR  
ALGUNO. El Fossya no acepta que escriba, "no existe o "no hay"  
Nombre medicamento o Servicio que sustituye .  
Forma de Presentación y/o Concentración.  
Dosis y/o Frecuencia de Uso.  
Equivalente del Medicamento y/o Servicio solicitado.  
No. Días Tratamiento.

El profesional de la salud debe relacionar las alternativas posibles.

Profesional de la salud, marca si existe o no riesgo inminente para la vida y la salud del paciente y describe cual es el riesgo.

El profesional de la salud relaciona referencias bibliográficas, de acuerdo al servicio o medicamento que está solicitando.

El profesional de la salud escribe las observaciones pertinentes al caso solicitado.

Espacio que diligencia el funcionario de EPS Famisanar con el fin de listar los documentos que se adjuntan a la solicitud.

Datos correspondientes al profesional de la salud que realiza la solicitud del medicamento o servicio y debe diligenciar en su totalidad.

Se debe diligenciar en su totalidad y entregar al usuario que realiza la solicitud.

**RESUMEN DE EGRESO**

fecha de diligenciamiento

17 18 2016  
DD MM AAA

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido(s) y nombre(s) <b>Forero Jorge</b>	Edad 54 Años	No de admisión 19468506	No. de historia clínica	No. de habitación
Nombre completo del medico tratante <b>Andrés Buitrago</b>	Fecha y hora de ingreso 24 2 2016 DD MM AAA HH MM		Fecha y hora de egreso 1 8 2016 DD MM AAA HH MM	

**MOTIVO DE INGRESO**

**Esguillotomía**  
**anula adherencia**  
**destrucción de plicosis**  
**disfunción global**

**RESUMEN DE EXAMEN FÍSICO DE INGRESO**

**(-)**

**DIAGNÓSTICO INICIAL**

Descripción	
I. <b>Esguillotomía</b>	Código CIE 10 <b>F209</b>
II.	Código CIE 10
III.	Código CIE 10
IV.	
V.	

**CAUSA EXTERNA**

<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Otro tipo de accidente	<input type="checkbox"/> Lesión por agresión	<input type="checkbox"/> Maltrato	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Evento catastrófico	<input type="checkbox"/> Lesión autoinflingida	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad general	<input type="checkbox"/> Otros

**RESUMEN DE EVOLUCIÓN**

**Se realiza valoración diagnóstica se inicia manejo por plicosis, plicosis, terapia ocupacional y terapia de conducta. Evolución favorable, remisión de síntomas psicóticos, mejor adaptación afectiva, buen patrón de sueño y alimentación. No ideas suicidas ni homicidas. Se da de alta.**

Medicamento	Presentación	Dosis
Quetiapina	Tab 200mg	0-0-2
Biphenidol	Tab 2mg	1-0-0
Motefumina	Tab 850mg	1-0-1
Haloperidol	Soluci	0-0-10

**COMENTARIOS** (Registre información relevante como resultados de laboratorio)

de laboratorio, imágenes diagnósticas, valoraciones de otras especialidades, etc.)

Descripción		Código CIE 10
I.	Esquistosoma	
II.	Abanderado Seco /	F200
III.		Código CIE 10
IV.		Código CIE 10
V.		

☒ Control ambulatorio
 ☒ Fórmula de medicamentos
 ☐ Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

☐ Remisión psicoterapia
 ☐ Remisión otra institución, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**ORDEN MEDICA**

Quercina 200 vs 0-0-2  
moffarina 950 vs.

Solo a instancias de padres o hijos