

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

279067

Fecha de radicación de la Referencia

07/09/2018 09:40:25

Hora de radicación de la Referencia

9:40:25 a.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	11
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>
			2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
			3. Urgente <input type="checkbox"/>
			4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JUDITH PEDROZA DE PATIÑO	Identificación:	20203031	20203031	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	04/10/1931 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	86 Años \ 11 Meses \ 3 Días	AREA DE SERVICIO	3BLU02	INGRESO
Dirección:	CALLE 17 SUR 6 29 ESTE	Teléfono:	3103013418	Localidad	BOGOTA	
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	DAVID MONTOYA	Teléfono Resp:	3103013418
Dirección Resp:	CALLE 17 SUR 6 29 ESTE		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	1269

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ANEURISMA DE LA ARTERIA CAROTIDA	1720

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

PANANGIOGRAFIA CEREBRAL.	3BL - UMHES SAN BLAS	2	F	B	0	2
--------------------------	----------------------	---	---	---	---	---

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"ME DUELE EL BRAZO"					
	PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE INICIO SUBITO DE DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO QUE SE IRRADIA A CUELLO PECHO Y CODO IZQUIERDO DE INTENSIDAD 10/10 CON LIMITACIONES FUNCIONALES, NIEGA TRAUMAS PREVIOS REFIERE SE ENCONTRABA EN REPOSO Y EL DOLOR INICA DE FORMA SUBITA, NIEGA SENSACION DE DISNEA NIEGA DOLOR TORAXICO OPRESIVO EN EL MOMENTO, REFIERE DOLOR LOCALIZADO DE FORMA INTENSA EN HOMBRO MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA					
Examen Físico:	-CABEZA Y CUELLO: CUELLO MOVIL, SIN EVIDENCIA DE ADENOPATIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, SIN SOPLOS OTORRINOLARINGOLÓGICO: NO SE EXPLORA CARDIOPULMONAR: RSCS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, RSRs CON AGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES DE PREDOMINIO EXPIRATORIO, SIN USO DE MUSCULOS ACCESORIOS ABDOMEN : BLANDO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO GENITOURINARIO: NO SE EXPLORA OSTEOMUSCULAR: CON HOMBRO IZQUIERDO CAIDO, BRAZO CON LIMITACION FUNCIONAL SIGNIFICATIVA, MIEMBRO CONTRALATERAL SIN ALTERACIONES. MIMEBROS INFERIORES CON EDEMA GRADO I, EXTREMIDADES: YA REFERIDO EN OSTEOMUSCULAR NEUROLÓGICO: ALERTA, DESORIENTADA EN TIEMPO, NO EN ESPACIO NI PERSONA. LENGUAJE CONSERVADO POCO COHERENTE, SIN ALTERACIONES EN PARES CRANEALES, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.					
Signos Vitales	TA: 230/70	FC: 70 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 60,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	-Paciente de 86 años de edad, con diagnostico de subluxación de brazo izquierdo, se insiste en manejo médico con cabestrillo por 15 días , quien se observó con alteración de su estado de conciencia con delirium hiperactivo asociado a broncoespasmo por lo que se indicó manejo broncodilatador y se solicitó dimero D, sin embargo persistía con alteración de la conciencia por lo que se ordenó tac de craneo simple que reportó hallazgos sugestivos de aneurisma de carotida interna derecha, por lo anterior se decide solicitar panangiografía cerebral. Se espera realización de angiotac de torax por dimero D
-------------------------------	---

positivo y dados azoados elevados se indica nefroprotección con hidratación intravenosa y N-acetilcisteína. Se solicitan laboratorios de control.

MOTIVO REFERENCIA

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7. Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐
2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐
11. Otro: ☐ Requiere_Otro_Nivel_de_Atención

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico MANTILLA DURAN HELIO JOSE

Registro 91532697

No de Planilla

No de Solicitud

279251

Fecha de radicación de la Referencia

07/09/2018 12:37:09

Hora de radicación de la Referencia

12:37:09 p.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	12
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JUDITH PEDROZA DE PATIÑO	Identificación:	20203031	20203031	Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento :	04/10/1931 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	86 Años \ 11 Meses \ 3 Días	AREA DE SERVICIO	3BLU02	INGRESO	3311938
Dirección:	CALLE 17 SUR 6 29 ESTE	Teléfono:	3103013418	Localidad	BOGOTA		
CC Cedula de Ciudadanía	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar			
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)							
Responsable:	DAVID MONTOYA	Teléfono Resp:	3103013418				
Dirección Resp:	CALLE 17 SUR 6 29 ESTE						
AFILIACION SGSSS							
Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0		
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:					
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros					

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	I269
NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ANEURISMA DE LA ARTERIA CAROTIDA	I720
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL	

ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA DE AMBAS CARÓTIDAS Y VERTEBRAL (PANANGIOGRAFÍA)	21422	3BL - UMHES SAN BLAS	2	F	B	0	2				
MANEJO INTEGRAL NEUROCIRUGÍA-MEDICINA INTERNA-PANANGIOGRAFIA CEREBRAL.											
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :	I NIVEL:	II NIVEL:	III NIVEL:								

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"ME DUELE EL BRAZO"
	PACIENTE DE 86 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE INICIO SUBITO DE DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO QUE SE IRRADIA A CUELLO PECHO Y CODO IZQUIERDO DE INTENSIDAD 10/10 CON LIMITACIONES FUNCIONALES, NIEGA TRAUMAS PREVIOS REFIERE SE ENCONTRABA EN REPOSO Y EL DOLOR INICA DE FORMA SUBITA, NIEGA SENSACION DE DISNEA NIEGA DOLOR TORAXICO OPRESIVO EN EL MOMENTO, REFIERE DOLOR LOCALIZADO DE FORMA INTENSA EN HOMBRO MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

Examen Físico:	CABEZA Y CUELLO:	CUELLO MOVIL, SIN EVIDENCIA DE ADENOPATIAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR, SIN SOPLOS
	OTORRINOLARINGOLÓGICO:	NO SE EXPLORA
	CARDIOPULMONAR:	RSCS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, RSRS CON AGREGADOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES DE PREDOMINIO EXPIRATORIO, SIN USO DE MUSCULOS ACCESORIOS
	ABDOMEN :	BLANDO, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO
	GENITOURINARIO:	NO SE EXPLORA
	OSTEOMUSCULAR:	CON HOMBRO IZQUIERDO CAIDO, BRAZO CON LIMITACION FUNCIONAL SIGNIFICATIVA, MIEMBRO CONTRALATERAL SIN ALTERACIONES. MIMEMBROS INFERIORES CON EDEMA GRADO I,
	EXTREMIDADES:	YA REFERIDO EN OSTEOMUSCULAR
	NEUROLÓGICO:	ALERTA, DESORIENTADA EN TIEMPO, NO EN ESPACIO NI PERSONA. LENGUAJE CONSERVADO POCO COHERENTE, SIN ALTERACIONES EN PARES CRANEALES, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

Signos Vitales	TA: 230/70	FC: 70 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 60,0000
----------------	------------	--------------	--------------	-------------	------------	---------------


Resultados Exámenes Diagnósticos:	06/09/2018: TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE HALLAZGOS:
	Línea media central. Diferenciación de sustancia gris sustancia blanca conservada sin signos de lesión isquémica o hemorrágica aguda. Prominencia del espacio sub-aracnoideo periférico secundario a cambios atróficos corticales esperados para la edad. Lo visualizado de fosa posterior, tallo, orbitas y cavidades paranasales no muestra alteración. Importante ateromatosis de los vasos del polígono de Willis. Probable dilatación aneurismática de la carótida interna supraclinoidea derecha. OPINIÓN: CAMBIOS INVOLUTIVOS DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL. IMAGEN QUE SUGIERE ANEURISMA DE LA CARÓTIDA INTERNA DERECHA, SE SUGIERE ESTUDIO COMPLEMENTARIO.
	05/09/2018: calcio 7.9 mg/dl bun 20, creatinina 1.3mg/dl, sodio 134, potasio 3.4, hemograma leucocitos 5600, hgb 13 gr/dl, plt 225mil, neutrofilos 4600, linfopenia 600,
	04/09/2018: DIMERO D POSITIVO EN 2.5
	03/09/2018 GLICEMIA. 120, BLANCOS. 7.300, LINF: 600, NT: 6.400 ROJOS. 3.640, HB: 13.5, HCTO. 33.4, VCM. 91.8 PLT: 529.000 TROPONINA I DE ALTA SENSIBILIDAD 13.5
	03/09/18: RX HOMBRO DERECHO: Cambios artrósicos degenerativos acromioclaviculares dado por esclerosis, quistes subcondrales. Disminución del espacio articular acromioclavicular. Discreta disminución del espacio subacromial y glenohumeral. Osteopenia difusa. No hay lesiones óseas erosivas, expansivas, osteolíticas o traumáticas recientes. No hay alteraciones en tejidos blandos ni calcificaciones patológicas.
	03/09/2018: RX HOMBRO IZQUIERDO: Cambios artrósicos degenerativos acromioclaviculares dado por esclerosis, quistes subcondrales. Disminución del espacio articular acromioclavicular. Osteopenia difusa. Subluxación anterior de la articulación, sin trazo de fractura. No hay lesiones óseas erosivas, expansivas, osteolíticas o traumáticas recientes. No hay alteraciones en tejidos blandos ni calcificaciones patológicas.

Ginecobstétricos:	G: 0	P: 0	A: 0	C: 0	Edad Gestante: 0 Sem	FCF: 0	Alt Uterina: 0
<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Aminorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran							

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	<p>Paciente de 86 años de edad, con diagnostico de subluxación de brazo izquierdo, se insiste en manejo médico con cabestrillo por 15 días , quien se observó con alteración de su estado de conciencia con delirium hiperactivo asociado a broncoespasmo por lo que se indicó manejo broncodilador y se solicitó dimero D, sin embaro persistía con alteración de la conciencia por lo que se ordenó tac de craneo simple que reportó hallazgos sugestivos de aneurisma de carotida interna derecha, por lo anterior se decide solicitar panangiografía cerebral. Se espera realización de angiotac de torax por dimero D positivo y dados azoados elevados se indica nefroprotección con hidratación intravenosa y N-acetilcisteina. Se solicitan laboratorios de control. Paciente sin convenio administrativo se inicia remisión para manejo integral por neurocirugía- medicina interna.</p>
-------------------------------	---

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"/>	9. Ausencia de Convenio	<input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional	<input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos	<input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades	<input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel	<input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada	<input type="checkbox"/>
11. Otro:	<input type="checkbox"/>	Requiere_Otro_Nivel_de_Atención							

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)									
FECHA	DIA	MES	AÑO	Hora Militar:	Funcionario de Contacto	Cargo:	Punto de destino final:		

Firma:	
Datos del Profesional que Realiza la Referencia	
Medico	MANTILLA DURAN HELIO JOSE
Registro	91532697