



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>



Nro Solicitud 85818	*Fecha de Referencia 18/10/2018 10:47:51 a.m. ** No. Verificación	Fecha reporte encuesta prioritaria Dia ____ Mes ____ Año ____
------------------------	---	--

Tipo de usuario 1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Tipo de atención 1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgente <input checked="" type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>
--	--

Identificación del paciente	
Primer nombre CARLOS	Segundo nombre ANDRES
Primer apellido CALDERON	Segundo apellido VIDAL
Edad: Años 28 Meses 2 Días 18	Dirección residencia CRA 9 N 1-09
T.D. C.C No. Identificación 1105681060	Sexo M F
CC Cédula de ciudadanía	RC Registro civil
TI Tarjeta identidad	PA Pasaporte
MSI Menor sin identificación	ASI Adulto sin identificación
Teléfono 3203968467	Localidad ESPINAL

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)	
Nombre y apellido CARLOS ANDRES CALDERON VI	Dirección residencia Teléfono 3203968467

Afiliación SGSSS	
Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>
Nivel SISBEN 1 2 3 4 5-6	Población Especial <input type="checkbox"/>
No. Ficha	I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección
Entidad Administradora: NUEVA EPS SA	G. Indigente D. Desplazado O. Otros
Otro régimen:	

Solicitud de referencia	
Fecha: Dia 18 Mes 10 Año 2018 Hora: 10:47 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 : RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA

DR VENGOECHEA

PACIENTE CONSUMIDOR ACTIVO DE SPA QUIEN PRESNETA ALTERAICOENS DEL COMPROTMAINETO, INGRESA CON INQUTRRUD MOTORA, TENDENCIA AL MUTISMO, REIFERE QUE SE " QUIERE QUITAR LA LENGUA" NO CONTESTA MAS PREGUNTAS EN EL INTERROGATORIOS, YA ES CONOCIDO EN EL SERVICIO

EXAMEN FISICO : SIGNOS VITALES

FC 85 X MIN TA: 129/80 MMHG SAT : 95% FIO 21% FR : 19 X MIN

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ADECUADAS CIFRAS DE SATURACION DE OXIGENO CON UNA FIO2 DEL 21%, NO DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE, ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, NO SIGNOS DE SIRS, NO SIGNOS DE BAJO GASTO, HIDRATADO, AFEBRIL.

CABEZA Y CUELLO: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA. CUELLO MOVIL, NO MASAS NI ADENOPATIAS.

TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, NO SOBREGREGADOS, NO MOVILIZACION DE SECRECIONES. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE TONO, TIMBRE E INTENSIDAD CONSERVADA, NO SOPLOS NI OTROS AGREGADOS.

ABDOMEN: BBLANDO, DEPRESIBLE, CON PRESENCIA DE ABUNDANTE TEJIDO ADIPOSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS, RUIDOS INTESTINALES CONSERVADO.

EXTREMIDADES: EUTROFICAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, NO PRESENCIA DE EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.

NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS, NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15.

PIEL: SIN ALTERACIONES.

EXAMEN MENTAL: PACIENTE CON MAL ASPECTO PARA LA ESTANCIA HOSPITALARIA, AFECTO DE FONDO TRISTE, ANSIOSO, MENCIONA IDEAS DE TIPO DELIRANTE PERSECUTORIAS: ME QUIEREM HACER DAÑO, REFIERE ALUCINACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS: ESCUCHO VOCES, EN EL MOMENTO REFIERE QUE NO TIENE ALUCINACIONES , REGULAR PATRON DEL SUEÑO CON INSOMNIO DE CONCILIACION, REGULAR PATRON DE LA ALIMENTACION, JUICIO Y RACIOCINIO COMPROMETIDO, EULALICA, EUGNESICA, EUPSIQUICA, INTELIGENCIA APARENTE DENTRO DEL PROMEDIO, CON EPISODIOS DE AGITACION PSICOMOTORA, NO HETERO O AUTOAGRESIVIDAD, PENSAMIENTOS DE MINUSVALIA,, CON LLANTO FACIL, LENGUAJE INCOHERENTE SIGNOS VITALES :

-perimetro bicecral - 96 Cms

RESUMEN : PACIENTE QUE DEBE SER MANEJADO EN UNIDAD MENTAL POR ABUSO DE SUSTANCIAS Y MULTIPLES INGRESOS HOSPITALARIOS POR EPISODIOS ESQUIZOFRENICOS

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico		Código diagnóstico			
1	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F	2	0	9
2	HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Z	8	6	4

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE CON DX DE CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS Y EPISODIO ESQUIZOFRENICO YA CONOCIDO POR EL SERVICIO QUE INGRESO CIÁLORREICO REFERIA TOMAR MAS DE LA CUETA DEL HALOPERIDOL CON SIGNOS SUGESTIVOS DE EXTRAPIRAMIDALISMO EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR INMOVILIZADO EN 6 PUNTOS CON EXAMEN FISICO DENTRO DE LIMITES NORMALES EXAMEN MENTAL SE EVIDENCIA ANCIOSO CON IDEAS DELIRANTES CON ALUCINACIONES AUDITIVAS, NO ALTERACIONES VISUALES CON ALTERACIOENS DEL SUEÑO, Y EPISODIOS DE AGITACION MOTORA, POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PACIENTE DEBE SER REMITIDO A UNIDAD MENTAL SE MONTA REMSIION SE INDICA DOSIS UNICA DE PIPOTIAZINA INICIAR MANEJO CON BIPERIDENO Y CONTINUAR CON MANEJO CON MIDAZOLA

IDX:
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EPISODIO ESQUIZOFRENICO

PLAN
REMISION
MIDAZOLAM 5 MG IM
HALOPERIDOL SUSPENDER
PIPOTIAZINA 25 MG UNICA DOSIS
BIPERIDENO 5 MG CADA 8 HORAS


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"/> |
| 2. Ausencia del profesional <input type="checkbox"/> | 4. Falla en equipos <input type="checkbox"/> | 6. Cese de actividades <input type="checkbox"/> | |

8. Otro; cuál **PACIENTE CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y MULTIPLES EPISODIOS ESQUIZOFRENICOS QUE INGRESA POR SINTOMAS DE EXTRAPIRAMIDALISMO POR SOBRE DOSIFICACION CON HALOPURINOL**

Datos del profesional que referencia

Nombre **Jaime Vengoechea O**

Firma 

☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro **7434720**

**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