

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No de Solicitud

291188

Fecha de radicación de la Referencia

08/10/2018 04:11:16

Hora de radicación de la Referencia

4:11:16 a. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	5
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:	JAGGER MANUEL RAMIREZ SANCHEZ	Identificación:	1001111036	1001111036	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	02/03/00 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	18 Años \ 7 Meses \ 6 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 78I 40A 64 SUR	Teléfono:	3138750357	Localidad	LOC. KENNEDY	
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:	MANUEL RAMIREZ	Teléfono Resp:	3138750357
Dirección Resp:	CARRERA 78I 40A 64 SUR		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200

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

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38271	1SC - UMHES SANTA CLARA	2	F	B	0	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	-------	-------------------------	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

UNIDAD DE SALUD MENTAO ALTO NIOVEL DE COMPLEJIDAD

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

I NIVEL:

☐

II NIVEL:

☐

III NIVEL:

☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	TRASLADO PRIMARIO MOVIL: 6347 AGITACION PSICOMOTORA CUADRO CLINICO DE APROX 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIO PSICOTICO AGUDO CON AUTOAGRESION ABTECEDETE DE ESQUIZOFRENIA CON MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ADEMAS DE ABIUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGUN REFIERE EL PADRE ; REFIERE EL DIA DE HOY PRESENTAR AGITACION PSICOMOTORA ADEMAS DE ALUCINACION AUDITIVAS POR LO QUE DECIDE LLAMAR A LA AMBULANCIA ; REFIEREN TRIPULANTES SEDACION CON 15 MG DE MIDAZOLAM Y CONTENSION FISICA
Examen Físico:	SIN HALAZGOS POSITIVOS, HEMODINAMICAMENET ESTABLE, ESTUIGMAS DE LESIONES SEPERFIKLES RECIENTES EN ANTEBRAZIO
Signos Vitales	TA: 120/75 FC: 85 x Min FR: 20 x Min GlasGow: 12 TC: 0.0000 Peso: 68.0000
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 ADULTO JOVEN, BACHILLER, SOLTERO, CESANTE, CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD TIPIFICADA COMO ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SPA, CON CUADRO AGUDO DE CAMBIOS COMPORTAMENTALES Y PRESENCIA DE SINTOMAS PSICOTICOS, CON AGUDIZACION Y EMPERORAMIENTO DE SINTOMAS, ASOCIADIO A EPISODIOS DE AGRESIVIDAD FISICA Y VERBAL, LOS CUALES PRODUCEN MALESTAR SIGNIFICATIVO CON COMPROMISOP DE LA FUNCIONALIDAD Y LIMITACION DE SU CUIDADO, MOTIOV POR EL CUAL SOLICITAN APOYO A LINEA DE EMEGERNCIA QUIENES SEDAN E INMOVILIZAN PARA TRASLADO. SE CONSIDERA REACTIVACION DE ENFERMEDAD, CUADRO SECUNDARIO A CONSUMO DE SPA Y MALA ADHERENCIA FARMACOLOGICA, PROBABLE PATOLOGIA DUAL, SE DECIDE INGRESO PARA MANEJO INTRAMURAL, CONTENCIÓN DE SINTOMAS, RE-INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y REALIZACION DE ESTUDIOS. SE EPXLICA PLAN TERAPEUTICO

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 ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐
11. Otro: ☐ Falta_Cama_IPS_Remite

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

Firma: _____
Datos del Pofesional que Realiza la Referencia
Medico MIRANDA JIMENEZ RAFAEL JOSE
Registro 84451899