**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – CUIDADOS PALIATIVOS DE ADULTOS**

|  |
| --- |
| Caso clínico (marcar con una X):Nuevo: Seguimiento:Nombre del médico tratante:Fecha de envío de este formulario: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | Año de nacimiento/edad | Raza |

|  |  |
| --- | --- |
| Estado civil | Departamento de origen |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedencia | ASSE | FEMI | IAMC | OTRO |
| Diagnóstico:  | Fecha de diagnóstico:  |

Comorbilidades:

|  |
| --- |
| . |

Extensión lesional:

|  |
| --- |
|  |

Estudios que considere importantes mencionar (imagen, endoscópicos, etc.):

|  |
| --- |
|  |

Tratamientos realizados (especificar tratamiento y fechas):

|  |
| --- |
| Cirugía:  |
| RT:  |
| QT:  |
| Stent: |
| Otros: |

Problemas Clínicos:

|  |
| --- |
| 1. Físicos (describir cada uno detalladamente)

ECOG |
| 1. Psico-sociales
 |

Medicación habitual (Solo la relacionada a la situación clínica)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del fármaco | Dosis/intervalo | Vía |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Motivo de presentación del caso (¿qué dificultad le presenta el presente caso clìnico?)

|  |
| --- |
|  |

Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda:

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** proyectoechouruguay@fmed.edu.uy**. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.**

**Recomendamos descargar el Consentimiento Informado del Paciente antes de realizar la presentación del caso en el Proyecto ECHO. El mismo debería adjuntarse a la historia clínica de su paciente.**