**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – FORTALECIMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Procedencia** | Montevideo | Interior | Zona rural | Urbana | Suburbana |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nivel Educacional** | Si | No |
| Primaria incompleta |  |  |
| Primaria completa |  |  |
| Secundaria incompleta |  |  |
| Secundaria completa |  |  |
| Terciaria completa |  |  |
| Terciaria incompleta |  |  |
| Analfabeto |  |  |
| Otros |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situación Social** | Si | No |
| Institucionalizado |  |  |
| Abandono o calle |  |  |
| Vivía c/familia/amigos |  |  |
| **Actualmente** | Si | No |
| Requiere cuidados a cargo |  |  |

|  |
| --- |
| **Antecedentes Personales** |
| Especificar: |
| Cuales: |
| Quirúrgicos: |
| Traumáticos: |
| Tóxicos: |

**Consumo Problemático de Alcohol:**

|  |
| --- |
|  |

**Consumo de Drogas:**

|  |
| --- |
|  |

**MC en Primer Nivel:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Si tiene DOLOR, describa características (ATILIEF): |

**Estado actual del Paciente:**

|  |
| --- |
| Estado General: |

|  |
| --- |
| PIEL: Si tiene ulceras por presión describa sitios de lesión y características de la lesión: |

**Osteoarticular**

Neurológico

|  |
| --- |
| Fuerza: |
| Tono: |
| Reflejos: |
| Especialidad: |
| Parecencia de espasmos: |

|  |
| --- |
| **Aparato Urinario:** |

|  |
| --- |
| **Aparato Digestivo:** |

|  |
| --- |
| Trast deglutorios: |

**Funcionalidad**

|  |
| --- |
| Lenguaje y comunicación: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| tiene sostén cefálico |  | se mantiene sentado |  | se mantiene de pie |  | requiere ayuda de personas |  | lo hace solo |  |

Afectación del equilibrio de tronco:

Deambulación

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Independiente |  | dependiente |  | Requiere ayuda técnica para la marcha |  |

|  |
| --- |
| Cuales ayudas técnicas: |

|  |
| --- |
| **Alimentación:** |

**Paraclínica:**

|  |
| --- |
| RX: |
| RNM: |
| Tac: |

|  |
| --- |
| Análisis de sangre: |

|  |
| --- |
| Orina |

|  |
| --- |
| Otros |

|  |
| --- |
| Plan de tratamiento actual: |
| Interrogantes acerca del manejo de paciente: |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [proyectoechouruguay@fmed.edu.uy](mailto:proyecto.echo.uruguay@gmail.com)**. 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.**