**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN EN PEDIATRIA**

|  |
| --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| Familiares |

|  |
| --- |
| Socioeconómicos y ambientales |

|  |
| --- |
| Perinatales (embarazo, parto, puerperio) |

|  |
| --- |
| Personales patológicos |

|  |
| --- |
| Evaluación del estado nutricional y del crecimiento (según corresponda indique Percentiles y score z).  |
| Peso |  Talla  | PC |
| P/T |
| IMC |

**Desarrollo Temprano Indique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acorde | Retrasos | Desvios |
| En caso de necesidad aclarar en el recuadro |

**Inmunizaciones vigentes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si | No | Especificar causa |

**Problemas clínicos actuales (breve descripción)**

|  |
| --- |
|  |

**Diagnósticos Planteados:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Evaluaciones realizadas  |
| Exámenes |
| Interconsultas |

**Comentarios**

|  |
| --- |
|  |

**Tratamientos indicados:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del fármaco** | **Dosis/día** | **motivo** | **Fecha Inicio** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**No Farmacológicos**

|  |
| --- |
|  |

**Preguntas que desea que el equipo ECHO 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.**