**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE O REPRESENTANTES DE LA UNIDAD**

 **CLÍNICA ECHO – SALUD MENTAL Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD**

|  |
| --- |
| Caso clínico (marque con una X):Nuevo SeguimientoNombre del médico tratante o representante de la Unidad:Fecha de envío de este formulario: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexo** | Femenino | Masculino | Año de nacimiento/edad: | Etnia: |
| **Género** | Mujer | Varón | Mujer trans | Varón trans | Otro (Especificar) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Nacionalidad** |   | Migrante |   | SÍ |   | NO |

|  |
| --- |
| En Uruguay desde: |
| Estado civil: | Departamento de origen: |
| Alojado en: | Unidad de Procedencia: |
| **Situación procesal** | Procesado | Penado | Imputado | Condenado |
| **Delito/s actual/es** |   |
| **Fecha de proceso** |   | Juzgado |   |
| **Medida/pena impuesta** | Prisión preventiva | Privación de libertad | Medida sustitutiva (especificar) |
|
| **Duración de la medida** |   |
| **Fecha de término de la medida (si la tiene)** |   |

|  |
| --- |
| Atención en Salud corresponde a |
| CASIM | ASSE | FEMI | IAMC | OTRO |
| Diagnóstico:  | Fecha de diagnóstico:  |

Breve presentación del caso (referir aspectos relevantes que presenten el problema)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Resumen resultados OASys 2.0 v.1 Fecha de evaluación:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Estadio de motivación al cambio en el que se encuentra:** |   | Pre contemplativo |  |   | Contemplativo |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |   | En preparación |   | En acción |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  | **Puntaje total obtenido** |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Marque el riesgo de reincidencia:** |   | Riesgo bajo Hasa 56 |   | Riesgo medio (57 A 78) |   | Riesgo alto (79 A 146) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Consigne el puntaje de cada sección y numere las áreas de riesgo/necesidad de acuerdo a prioridad de intervención.** |
| **Sección** | **Puntaje obtenido** | **Puntaje máximo** | **Orden de prioridad para el PIT** |  |  |
| 1 y 2. Información y análisis del delito. |   | 22 |   |  |  |
| 3. Contexto socioambiental |   | 8 |   |  |  |
| 4. Educación, capacitación y empleabilidad |   | 18 |   |  |  |
| 5. Manejo económico |   | 10 |   |  |  |
| 6. Relacionamiento familiar y de pareja |   | 12 |   |  |  |
| 7. Estilo de vida y pares |   | 10 |   |  |  |
| 8. Uso problemático de drogas |   | 12 |   |  |  |
| 9. Uso problemático de alcohol |   | 10 |   |  |  |
| 10. Bienestar emocional |   | 12 |   |  |  |
| 11. Estilo de pensamiento y comportamiento |   | 20 |   |  |  |
| 12. Actitudes |   | 12 |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Indique si hay riesgo de daño severo hacia sí mismo** |   | **SÍ** |  | **NO** |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Indique si hay riesgo de daño severo hacia terceros** |   | **SÍ** |  | **NO** |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Marque el nivel de riesgo de daños severos (conflictividad)**  |   | Riesgo bajo  |   | Riesgo medio  |   | Riesgo alto  |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Resumen de principales factores de protección** |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Resumen de principales factores de riesgo** |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **Derivación a PRODIS** |  |  |  |  |  |  |  | **SÍ** |  | **NO** |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |
| **Derivación a PROEM** |  | **SÍ** |  | **NO** |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Tratamientos de salud realizados (especificar tratamiento y fechas):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Intervenciones del equipo de la Unidad (detallar cambios de alojamiento, sanciones e intervenciones socio educativas realizadas y fechas):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Otros problemas de salud identificados u otros aspectos que considere importante en relación al problema a tratar

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicación actual  | Dosis/Intervalo | Vía  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |

Preguntas que desea que el equipo ECHO le responda (hasta 3 preguntas):

|  |
| --- |
|  |

**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.**