**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 Seguimiento  Nombre 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](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.**