**FORMULARIO A COMPLETAR POR EQUIPO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA: COOPERACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN**

|  |
| --- |
| Caso clínico (marque con una X):  Nuevo: Seguimiento:  Nombre del profesional y/o equipo que presenta la situación:  Fecha de envío de este formulario: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Procedencia:** | Montevideo | Interior | Zona rural | Urbana | Suburbana |
| **Efector de Salud:** | ASSE | FEMI | IAMC (Especifique) | OTRO (Especifique) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edad:** | **Fecha nacimiento:** | **Ocupación:** |
| **Escolaridad (grado que cursa o máximo nivel alcanzado):** | | |
| **Otras actividades que realiza (deportivas, recreación, culturales, club de niños, espacios adolescentes, religiosos, etc.):** | | |
| **Tipo de Ingreso económico personal (salario, pensión, jubilación, pensión por discapacidad, otros):** | | |
| **Genograma:** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes socioeconómicos y ambientales:** | | | | | |
| **Antecedentes familiares:** | | | | | |
| Madre | Padre | Hermanos | Tíos | Primos | Otros |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **Personales patológicos:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evaluación del estado nutricional y del crecimiento (según corresponda)** | | |
| Peso | Talla | PC |
| P/T | | |
| IMC | | |

**Desarrollo temprano**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acorde | Retrasos | Desvíos |
| En caso de contar con datos recuadro | | |

**Problemas clínicos actuales (breve descripción)**

|  |
| --- |
|  |

**Diagnósticos planteados previamente**

|  |
| --- |
|  |

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

**Comentarios**

|  |
| --- |
|  |

**No Farmacológicos**

|  |
| --- |
|  |

**Tratamientos indicados**

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

**Problemas detectados que desee sean discutidos en la Clínica ECHO y preguntas a responder**

|  |
| --- |
|  |

**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.**