**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – SALUD MATERNO-PERINATAL**

**Instrucciones:** El/la integrante del equipo de salud completará solo los campos que corresponda y enviará el documento a proyectoechouruguay@fmed.edu.uy con la mayor anticipación posible a la Teleclínica. Podrá adjuntar estudios de paraclínica, si es necesario, teniendo la precaución de ocultar los datos patronímicos del paciente.

Este formulario es solo una guía para la presentación del caso, no es necesario que se completen todos los campos.

Fecha de presentación:

Ciudad/localidad – Departamento:

Nombre del/la presentador/a en la teleclínica ECHO:

Centro de salud:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Caso clínico** (marcar con X) | **Nuevo** | **Seguimiento** |

¿Qué dificultades o problemas principales de este paciente quieres poner a consideración en la teleclínica? Escribe en el recuadro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Embarazo actual** (marcar con X) | **Si** | **No** |

**EMBARAZO: SI**

**Edad gestacional:**

|  |
| --- |
| **Problema/situación que se pone a consideración de la Teleclínica:** (marcar con X) |
| **Salud Materna:**  | **Salud Fetal:** | **Ambos:** |

Situación actual (resumen):

Preguntas a plantear a Teleclínica:

**EMBARAZO: NO**

(marcar con X)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Puerperio:**  | **Consulta Neonatal:** | **Consulta Preconcepcional:** |

**Problema/situación que se pone a consideración de la Teleclínica**

Situación actual (resumen):

Preguntas a plantear a Teleclínica:

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.