**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO - CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

|  |
| --- |
| Caso clínico (marque con una X):  Nuevo: Seguimiento:  Nombre del médico tratante:  Fecha de envío de este formulario: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sexo | Año de nacimiento/edad | | Raza |
| Núcleo familiar/ familiograma o cuidador | | Departamento de origen | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedencia | ASSE | FEMI | | IAMC | OTRO |
| Diagnóstico: | | | Fecha de diagnóstico: | | |

|  |
| --- |
| Pediatra o médico de referencia del paciente: |

|  |
| --- |
| Enfermedad o condición de salud por la que el niño es pasible de CP: |

Datos sobre la trayectoria de enfermedad:

|  |
| --- |
| Número de hospitalizaciones en cuidados moderados: |
| Número de hospitalizaciones en cuidados intensivos: |
| Otros aspectos relevantes: |

|  |
| --- |
| Tratamientos actuales (farmacológicos/ no farmacológicos) |

|  |  |
| --- | --- |
| Aspectos relevantes del examen físico | |
| Peso: | Talla: |
| Prótesis y o dispositivos de tecnología médica: | |
| Otros: | |

|  |
| --- |
| Problemas identificados y problema que motiva la consulta a Clínica ECHO (subrayar el/los relevantes): |
| Control de síntoma: ¿cuál/es? |
| Abordaje psico social: ¿cuál/es? |
| Toma de decisiones: ¿cuál/es? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Información del profesional/institución que realiza la consulta: | | | |
| Nombre: | | | |
| Médico pediatra: | Médico de familia: | | Médico general: |
| Médico de otra especialidad (especificar): | | | |
| Lic. en Enfermería: | | Aux. de enfermería: | |
| Lic: en Psicología: | | Lic. en trabajo social/trabajador social: | |
| Otro: | | | |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [proyecto@echo.fmed.edu.uy](mailto:proyecto@echo.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.**