

Fecha 29/06/2023

URGENTE

NORMAL

REQUISICION DE COMPRA
02769

AREA SOLICITANTE: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

RESPONSABLE: LIC. LICETT TORRES

Departamento

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION	STOCK PACTADO	CANTIDAD SOLICITADA	CASAS PROVEEDORES		
	HISTORIA CLINICA SALA DE EMERGENCIA	BLOQUES		250			

 Original: Computos
 1era. Copia: Area Solicitante
 2da. Copia: SNS
 Hrey noso


Firma


S.M.C.

INFORMACIÓN GENERAL

No. de
Expediente
Clínico:

Hora de Llegada: _____
 Hora de Clasificación: _____
 Hora de Fin de la
Clasificación: _____

Fecha: _____

Prioridad del Triaje

I II III IV V

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Apodo: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Cédula/Pasaporte/ NUI: _____

Aseguradora: _____ NSS: _____ Grupo Sanguíneo: _____

Peso: _____ Talla: _____ Alérgico(x): _____

Dirección: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono: _____

Via de Llegada:

Medios propios

9-1-1

CRUE

Privada

Ambulancia No. _____

Paramédico: _____

Acompañante: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

MOTIVOS DE LA CONSULTA

Cefalea

Tos

Palpitaciones

Hematemesis

Disuria

Melena

Mareos

Epistaxis

Náuseas

Dolor torácico

Hematuria

Herida de arma blanca o arma de fuego

Fiebre

Diarrea

Vómitos

Dolor abdominal

Disnea

Otros: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES

Antecedentes Obstétricos: G P A C FUM

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad general

Embarazo

Enfermedad Profesional

Violencia Intrafamiliar

Accidente de tránsito

Accidente Laboral

Otro: _____



SIGNOS VITALES

TA: _____ / _____ mmHg FC: _____ Lpm SaO₂: _____ % Escala de Coma de Glasgow

FR: _____ rpm Pulso: _____ FCF: _____ Temp: _____ °C (D: _____ / L: V: _____ / S: M: _____ / S: _____ / IS)

EXAMEN FÍSICO RELEVANTE

Aspecto General: _____

Cabeza: _____

Cuello: _____

Corazón: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales: _____

Pulmones: _____

Extremidades: _____

Ex. Neurológico: _____

Tacto Rectal: _____

Tacto Vaginal: _____

EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES**Laboratorios**

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Ex Orina	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> TGF
<input type="checkbox"/> Troponinas	<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> CPK - MB	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> TPT	<input type="checkbox"/> INR	<input type="checkbox"/> Gases arteriales
<input type="checkbox"/> Sodio	<input type="checkbox"/> Potasio	<input type="checkbox"/> Cloro	<input type="checkbox"/> BHCG	<input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/> Lipasa	<input type="checkbox"/> Coprológico
<input type="checkbox"/> Tipificación	<input type="checkbox"/> Otros: _____					

Imágenes

EKG Rayos X Sonografía TAC Indicar parte del cuerpo: _____

Otros: _____

Diagnósticos

Fecha 27/06/2023

REQUISICION DE COMPRA

URGENTE
 NORMAL

0226

AREA SOLICITANTE: Banco de Sangre
RESPONSABLE: Grecia Ramirez

Departamento

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION	STOCK PACTADO	CANTIDAD SOLICITADA	CASAS PROVEEDORES		
	TIJERA PARA CORTAR GASA			1			
	TARJETA GRUPO O	ROJA		150			
	TARJETA GRUPO A	AZUL		50			
	TARJETA GRUPO B	AMARILLA		50			
	RACTIVO ANTI A,B	FRASCO		15			

Original: O banco de sangre
Yera. Copia: Area Solicitante
3da. Copia: SRS

Grecia Ramirez
Firma



[Handwritten signature]



SERVICIO METROPOLITANO DE SALUD

HOSPITAL
PADRE BILLINI

Grupo A tipo Rh _____ Fecha Extracción: _____

Número: _____ Fecha Vencimiento: _____

Producto Solicitado: _____

Cantidad: _____ cc. **Resultantes Pruebas Realizadas**

Anti VH _____ HBsAg _____ HVC _____

HTLV I-II _____ VDRL _____ HBc _____

Resultado del Cruce: Mayor _____ Menor _____

HOSPITAL: _____ Fecha: _____

CRUZADA POR: _____

Nombre del Paciente: _____

Paciente: _____

Fecha: _____

Edad de la Sangre: _____

REACCIONES

Grado 0 - Ninguna _____ tras orinar _____

- Cantidad _____ color _____

Grado 1 - Alergia _____

- Urticaria _____

- Asmas _____

- Edemas _____

Grado 2 - (Pirogénica menor) _____

- Escalofríos _____ ligeros _____

- Fiebre _____ (2° F. en septicemia)

_____ (1° F. en apirexia)

Grado 3 - (Pirogénica mayor) _____

- Escalofríos (Fuertes) _____

- Fiebre por encima de 2° F. en septicemia

_____ 1° F. en apirexia

Grado 4 - (Hemolítico) _____

- Dolor lumbar o del pecho, hematuria

- Ictericia _____

Grado 5 - Trastornos circulatorios

- Dismea, tos, edemas pulmonares, cianosis

- Colapso cardíaco _____

Cantidad de sangre transfundida _____ cc.

Tiempo de duración de transfusión _____

Tiempo de duración de la reacción _____

Hecha por el Doctor _____

Firma del Médico