



TE Hospital De la Madre y del Niño: 4456900

USTED PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES INTERNOS DIRECTOS (NO NECESITA DISCAR NUMERO PREVIO NI CERO)

INFORME DE DERIVACIÓN Y TRASLADO SEGURO

FORMULARIO DE TRASLADO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES RECIEN NACIDOS

1. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO MATERNO..... DNI..... EDAD

TELEFONO OBRA SOCIAL

PATOLOGÍA MATERNA:

MOTIVO DE DERIVACIÓN:

Maduración Pulmonar Dosis

FECHA de NAC. HORA EDAD GESTACIONAL APGAR REANIMACIÓN

DIAGNOSTICO NEONATAL

MALFORMACIONES (Tipo, Síndrome, asociaciones)

EVOLUCIÓN.....

Medicación

2. SOLICITUD DE DERIVACIÓN

Hospital que Deriva.....

Hospital que Recibe.....

Fecha y Hora de Solicitud.....

ACEPTA SI NO causa.....

Quien recibe solicitud (Nombre).....

Médico que recibe la paciente (Nombre).....

3. CONDICIONES MEDICAS DEL RECIEN NACIDO A LA SALIDA

ESTADO GENERAL

COMPENSACIÓN HEMODINAMICA SI - NO TA FC FR T° SAT O2

PERFUSIÓN COLOR.....

EAB (hora).....

VIA ENDIVENOSA PERMEABLE SI - NO

SOPORTE RESPIRATORIO SI - NO --- INTUBADO --- ARM BOLSEO MANUAL

SETTING

SONDAS – DRENAJES

OTROS (describir)

MEDICACIÓN.....

4. CONDICIONES MEDICAS DEL RECIN NACIDO A LA LLEGADA

ESTADO GENERAL

COMPENSACIÓN HEMODINAMICA: SI - NO TA..... FC FR T° SAT O2

PERFUSIÓN..... COLOR.....

EAB (hora).....

VIA ENDIVENOSA PERMEABLE SI - NO

SOPORTE RESPIRATORIO SI - NO --- INTUBADO ARM EO MANUAL

SETTING

SONDAS Y DRENAJES

MEDICACIÓN.....

COMENTARIOS.....

Fecha...../...../.....

Hora

Médico que Traslada

Firma y Sello



INFORME DE DERIVACIÓN Y TRASLADO SEGURO

COPIA PARA EL HOSPITAL QUE DERIVA

RN hijo de: **DNI (de la madre)**

Edad:.....

CONDICIONES MEDICAS DEL RN A LA LLEGADA

ESTADO GENERAL

COMPENSACIÓN HEMODINAMICA: SI - NO TA..... FC FR T° SAT O2

PERFUSIÓN..... COLOR.....

EAB (hora).....

VIA ENDIVENOSA PERMEABLE SI - NO

SOPORTE RESPIRATORIO SI - NO --- INTUBADO --- ARM BOLSEO MANUAL

SETTING

SONDAS Y DRENAJES

MEDICACIÓN.....

COMENTARIOS.....

Fecha...../...../.....

Hora

Médico que Recibe

Firma y Sello

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL NIÑO (consignar fecha, hora, lugar y procedimientos realizados en la reanimación)

DIAGNÓSTICO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN (según IED):

Fecha...../...../.....

Hora

Médico que Traslada

Firma y Sello

DATOS ADMINISTRATIVOS de la DERIVACIÓN

MOVIL

CHOFER**DNI**

ENFERMERA/ODNI

MEDICO DNI

HORA de SALIDA HORA de LLEGADA