



TE Hospital De la Madre y del Niño: 4456900
USTED PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES INTERNOS DIRECTOS (NO NECESITA DISCAR NUMERO PREVIO NI CERO)
4472 Centro Obstétrico - 4574 Sala de Médicos - 4543 Guardia

FORMULARIO DE TRASLADO Y DERIVACIÓN DE EMBARAZADAS A CENTRO DE REFERENCIA - HMvN

1. DATOS DEL PACIENTE (llenar lo que corresponda)

Nombre y Apellido.....
Edad:..... DNI Domicilio:.....
Telefono:..... Grupo y Factor Rh.....
Edad Gestacional Gestas..... Para.....
OBRA SOCIAL N° DE AFILIADO
Patología Materna/Factor de Riesgo
.....
.....
Motivo de Derivación:
.....
.....
Maduración Pulmonar Dosis

2. SOLICITUD DE DERIVACIÓN

Hospital que Deriva.....
Hospital que Recibe.....
Fecha y Hora de Salida.....
Quien recibe solicitud (Nombre).....
Médico que recibe la paciente (Nombre).....

3. CONDICIONES MEDICAS A LA SALIDA

Estado General.....
.....
Compensación Hemodinámica SI NO T°..... Sat. de O2..... TA..... FC..... FR.....
Dinámica Uterina..... TV

FETO: FC FETAL **MAF**
Vía EV permeable SI NO

Soporte Respiratorio..... SI NO / Intubado... Bolseo... ARM...

Otros (describir).....
.....
Sondas y Drenajes.....
.....
Medicación (Nombre y cantidad/Dosis)

Fecha y Hora de salida:
Medico que acompaña traslado.....
Enfermera que acompaña traslado.....

4. EN CASO DE CULMINACION DEL EMBARAZO DURANTE EL TRASLADO

Fecha y hora del Nacimiento: Sexo

Apgar (Esfuerzo respiratorio/FC/Tono muscular/Reflejos/Color de la piel)
(1° minuto/5 minutos)

Estado General de la madre pos parto: FC FR TA

Alumbramiento (describir placenta)

Medicación pos alumbramiento (OXITOCINA 10U)

5. CONDICIONES MEDICAS A LA LLEGADA

Estado General.....

Compensación Hemodinámica SI NO T°..... Sat. de O2..... TA..... FC..... FR.....

Dinámica Uterina..... TV

FETO: FC FETAL MAF

Vía EV permeable SI NO

Soporte Respiratorio..... SI NO / Intubado... Boleo... ARM...

Otros (describir).....

Sondas y Drenajes.....

Medicación (Nombre y cantidad/Dosis)

Fecha y Hora de salida:

Fecha...../...../.....
Hora

Médico que traslada
Firma y Sello



COPIA PARA EL HOSPITAL QUE DERIVA

Nombre y Apellido de la Paciente.....

Edad:..... **DNI**

1. EN CASO DE CULMINACION DEL EMBARAZO DURANTE EL TRASLADO

Fecha y hora del Nacimiento: **Sexo**

Apgar (Esfuerzo respiratorio/FC/Tono muscular/Reflejos/Color de la piel)
(1° minuto/5 minutos)

Estado General de la madre pos parto: FC FR TA

Alumbramiento (describir placenta)

Medicación pos alumbramiento (OXITOCINA 10U)

2. CONDICIONES MEDICAS A LA LLEGADA

Estado General.....

Compensación Hemodinámica SI NO T°..... Sat. de O2..... TA..... FC..... FR.....

Dinámica Uterina..... **TV**

FETO: FC FETAL **MAF**

Vía EV permeable SI NO

Soporte Respiratorio..... SI NO / Intubado... Boleo... ARM...

Otros (describir).....

Sondas y Drenajes.....

Medicación (Nombre y cantidad/Dosis)

Fecha y Hora de salida:

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

Hora

Médico que Recibe

Firma y Sello

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE LA PACIENTE EN TRANSITO (consignar fecha, hora, lugar y describir procedimientos realizados)

.....
.....
.....
.....

DIAGNÓSTICO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN:

.....
.....
.....

**Medico que traslada
Firma y Sello**

DATOS ADMINISTRATIVOS

MOVIL

CHOFERDNI

ENFERMERA/ODNI

MEDICO DNI

HORA de SALIDA HORA de LLEGADA