

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO DIGESTIVO

NOMBRE: _____

RUT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: / / EDAD: _____

FECHA Y HORA DE SOLICITUD: / / HORA: _____

PROCEDIMIENTO SOLICITADO: EDA COLONOSC ERCP*

INSTALACIÓN DE SNY GASTROSTOMIA OTRO: _____

SERVICIO QUE SOLICITA EL PROCEDIMIENTO: _____ SALA: _____ CAMA _____

AISLAMIENTO ESPECIAL: SÍ NO ¿CUÁL? _____

DIAGNÓSTICOS: _____

PA: _____ PULSO: _____ SAT DE O2: _____% HTO: _____% HB: _____ g/dl

PROTROMBINA: _____% PLAQUETAS: _____ INR: _____

VIH (+) SÍ NO COVID-19 (+) SÍ NO

AYUNO DE 6 HORAS SÍ NO

USO DE ANTICOAGULANTES SÍ NO ¿CUAL? _____

¿ESTÁ SUSPENDIDO EL ANTICOAGULANTE? SÍ NO

FECHA ULTIMA DOSIS: / / HORA: _____

ALERGIAS SÍ NO ¿CUAL?: _____ TACTO RECTAL MELENA SÍ NO

USO DE MARCAPASOS O DESFIBRILADOR SÍ NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO SÍ NO

*

En caso de solicitar ERCP agregar:

BB T: _____ BB CONJ: _____ FOS. ALCAL.: _____ GOT: _____ GPT: _____ GGT: _____ PCR: _____ LEUCOC: _____

NOTA: NO SE PROCESARÁN PROCEDIMIENTOS QUE NO CUENTEN CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO POR EL PACIENTE, FAMILIAR DIRECTO, RESPONSABLE LEGAL O MÉDICO SOLICITANTE.

ENVIAR ESTA SOLICITUD A: icmedicas.hfbc@gmail.com Anexo: 228818, DESDE DONDE SE GESTIONARÁ A LA UNIDAD DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS.

EN CASO DE **URGENCIA, ADEMÁS**, DEBE LLAMARSE DIRECTA Y PRECOZMENTE A LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA (E.U. Alejandra Garrido) anexo: 226785 o email: alejandra.garridor@redsalud.gov.cl y también a secretaria Marcela Valencia email: marcela.valenciaa@redsalud.gov.cl
ANEXOS 237096, 237262, 237267, 237095