

EXAMENES VARIOS

1.- ORDEN DE INTERCONSULTA ELECTROENCEFALOGRAMA

Hospital Lorenzo Ponce INTERCONSULTA A ELECTROENCEFALOGRAFIA

Favor llenar todos los datos:

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Solicitado por: Dr. _____ Historia Clínica: # _____

Examen solicitado: EEG Standard EEG de Sueño EEG Privación de Sueño

Motivo de la interconsulta:

Cefalea Tensional Migraña

Hiperactivo Déficit Atenc Impulsiv

Trast. de conducta Agresividad

Trast. de aprendizaje Lenguaje

PCI RM RPM

Trauma Crán-Encef hace _____ con sin PC

Mareos Desmayos Pérd Conocim

Convulsiones febriles simples Complejas

Espasmos infantiles Espasmos del sollozo

Ausencias

CTCG favorecidas por _____

Micclonias _____

Crisis Tónicas (sueño) Atónicas (caídas)

Crisis parciales simples _____

Crisis parciales complejas _____

Crisis parciales simples o complejas
secundariamente generalizadas

Sospecha de organicidad

EEG de Control: Hallazgos EEG
anteriores: _____

Síndr. Ansioso Trast. Conversivo

Trast. Depresivo Trast. Maníaco

Psicótico Psicosis Orgánica

Síndr. Demencial Confusional

Alcoholismo Abuso Substancias

APP / APF

Complicac en el embarazo _____

Complicac en el parto _____

Asfisia perinatal _____

Complicac neonatales _____

Retardo psicomotor L M S

APP importantes _____

APP Infecciones SNC _____

APP de convulsiones

LD. _____

Medicación _____

2.- ORDEN DE EXAMEN ELECTROENCEFALOGRAMA

DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA

ORDEN DE EXAMEN:

PACIENTE: _____ EDAD _____

PROCEDENCIA: _____ FECHA _____ DR. _____

Motivo de interconsulta: _____

MEDICACION: _____

HISTORIA CLINICA: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR: _____

AFP: _____

APP: _____

Prediagnóstico Clínico: _____

Dr. _____

REPORTE ELECTROENCEFALOGRAFICO:

DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA; HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE.

FECHA DE TOMA: _____

CONDICIONES DEL TRAZO: _____

REPORTE DEL TRAZO: _____

Tomado por

Jefe del departamento de electroencefalografia.

Fecha:

3.- ORDEN DE EXAMEN RADIOLOGICO

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
Hospital Psiquiátrico "LORENZO PONCE"
SERVICIO RADIOLOGICO

Paciente _____ Médico _____
(Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre)
Sala _____ Pensión _____ Indigente _____ Cama No. _____
Fecha _____ Historia Clínica: No _____
Edad _____ Fecha de Ingreso _____
Transferido de _____ Estancias anteriores _____
Exámenes radiológicos anteriores _____
Pasado Patológico _____
Enfermedad actual _____
Signos físicos, aparato afecto _____
Presión arterial: Mx _____ Mn _____ Electrocardiograma _____
Exámenes del Laboratorio: Espusos _____
Hematológico: G. R. _____ Hm. _____ G. B. _____ Hemo. _____
Fórmula _____ L. _____ E. _____ M. _____ etc. _____
Bióquímico: A _____ Gl. _____ Cl. _____
Orinas _____
L. C. R. _____
Heces _____
Biopsia _____
Otras investigaciones: _____
DIAGNÓSTICO CLINICO: _____
Forma en que se desea la exploración radiológica: _____
DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO: _____
Comprobación Operatoria, necropsica, evolución _____
Guayaquil, _____ de _____

4.- ORDEN DE EXAMENES DE SANGRE

Forma 242

HOSPITAL LORENZO PONCE ORDEN PARA EL LABORATORIO

Sírvase practicar al enfermo: _____

_____ Como No. _____ Servicio _____

_____ los siguientes exámenes:

Reacciones para Lúas:

Exámen hematológico: _____

Azotemia, Glicemia, Cloruremia: _____

Hemocultivo (1), Reacción de Widal _____

Líquido cefalo raquídeo: caracteres generales, citológico, Pandy,
glucosa, proteínas Cardiolipina, Benjui coloidal.

Guayaquil, _____ de _____ de _____

Firma del Médico,

NOTA:- Sírvase subrayar los exámenes ordenados ya impresos y
agregar las nuevas órdenes en los espacios libres.

(1) El paciente no debe estar bajo la acción de sulfas o de
antibióticos.

5.- ORDEN DE EXAMENES VARIO

Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hospital "Lorenzo Ponce"
ORDEN PARA EL LABORATORIO

Sírvase practicar al enfermo: _____

_____ Cama No. _____ Servicio: _____

_____ los siguientes exámenes:

Materia fecales: _____

Orinas: _____

Espútos: _____

Guayaquil, ____ de _____ de ____

NOTA: Este orden, rogamos usar solamente para lo arriba indicado.

(Pegar el Talonario a la muestra)

Materia Fecales:

Cama No. _____

Sala _____

Enfermo _____

Orinas

Cama No. _____

Sala _____

Enfermo _____

Espútos

Cama No. _____

Sala _____

Enfermo _____

6.- REPORTE DE EXAMENES PENDIENTES



H. JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
 GUAYAQUIL - ECUADOR
HOSPITAL PSIQUIATRICO LORENZO PONCE
 LABORATORIO CLÍNICO

REPORTE DE EXAMENES PENDIENTES DE REALIZAR		Nº: 0401	
ÁREA QUE SOLICITA EXÁMENES	FECHA		
	EMISIÓN DE REPORTE	ELABORACIÓN EXÁMENES PENDIENTES	
NOMBRE DEL PACIENTE		HISTORIA CLÍNICA	FACTURA #
EXÁMENES PENDIENTES DE REALIZAR			
1.-		6.-	
2.-		7.-	
3.-		8.-	
4.-		9.-	
5.-		10.-	
TOTAL EXÁMENES PENDIENTES		DATOS DE ORDEN DE EXÁMEN	
EN NÚMEROS	EN LETRAS	ORDEN #	NOMBRE MÉDICO QUE AUTORIZA ORDEN
PASADO 5(CINCO) DÍAS LABORABLES DE EMITIDO ESTE REPORTE PERDERÁ SU VALIDEZ		FIRMA MÉDICO RESPONSABLE DE LABORATORIO	

FORMULARIO / No. REVISIÓN: 01 / FECHA DE REVISIÓN: FEBRERO 2003

IMPRESA EN LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL