

FORMULARIO DE EGRESO DE TRATAMIENTO DE QUEMADOS ADULTOS

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Fecha de ingreso: ___/___/___ Hora de ingreso: ___:___

Médico responsable : N° de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: ___/___/___ Hora de egreso: ___:___

Con secuelas: SI NO

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: ___/___/___ Hora de fallec: ___:___

Causa Principal: Desconocida Sepsis Otras causas: Desconocida Sepsis
 Falla multiorgánica Otros Falla multiorgánica Otros
 Insuficiencia respiratoria Insuficiencia respiratoria

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Limpieza quirúrgica | <input type="checkbox"/> Debridamiento simple | <input type="checkbox"/> Cirugía vascular |
| <input type="checkbox"/> Injerto | <input type="checkbox"/> Intervención menor | <input type="checkbox"/> Traqueostomía |
| <input type="checkbox"/> Escarotomía | <input type="checkbox"/> Intervención mayor | <input type="checkbox"/> Otro procedimiento |
| <input type="checkbox"/> Escarectomía | <input type="checkbox"/> Intervención compleja | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Fasciotomía | <input type="checkbox"/> Biobrane | |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos de rehabilitación | <input type="checkbox"/> Amputación | |
| <input type="checkbox"/> Balneoterapia | <input type="checkbox"/> Laparotomía exploradora | |

DATOS DEL TRATAMIENTO

Ingresó con ARM ? No Si

Salió de ARM antes del egreso? No Si Fecha final de ARM: ___/___/___

Inicio de ARM durante la internación? No Si

Fecha de inicio de ARM: ___/___/___

Salió de ARM antes del egreso? No Si Fecha final de ARM: ___/___/___

COMPLICACIONES: No Si

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agravio neurológico | <input type="checkbox"/> Infección de área quemada |
| <input type="checkbox"/> Falla circulatoria | <input type="checkbox"/> Infección urinaria |
| <input type="checkbox"/> Falla hepática | <input type="checkbox"/> Infección vía aérea |
| <input type="checkbox"/> Falla respiratoria | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Fallo renal | <input type="checkbox"/> Sepsis área quemada |
| <input type="checkbox"/> Isquemia de miembros | <input type="checkbox"/> Sepsis endovascular |
| <input type="checkbox"/> Síndrome compartimental | <input type="checkbox"/> Sepsis otros focos |
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Sepsis respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> Sepsis urológica |
| <input type="checkbox"/> Falla sistema hematofomador | <input type="checkbox"/> Otras |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia digestiva | |

SECUELAS No Si

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anatómicas | <input type="checkbox"/> Disfunción cerebral |
| <input type="checkbox"/> Funcionales | <input type="checkbox"/> Estenosis traqueal |
| <input type="checkbox"/> Desconocidas | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |

RESUMEN DE CATEGORIZACIÓN SEGÚN DÍAS DE INTERNACIÓN

Fecha de ingreso: ___/___/___ Categoría: Crítico Riesgo

Cambio de categoría antes del egreso?: No Si

 Fecha de cambio: ___/___/___ Nueva categoría: Crítico Riesgo

Otro cambio de categoría antes del egreso?: No Si

 Fecha de cambio: ___/___/___ Nueva categoría: Crítico Riesgo

Otro cambio de categoría antes del egreso?: No Si

 Fecha de cambio: ___/___/___ Nueva categoría: Crítico Riesgo

Fecha de egreso: ___/___/___

RESUMEN DE EGRESO: