

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO A TRATAMIENTO DE QUEMADOS (ADULTOS – 15 años en adelante)

FECHA ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino IMAE _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas.
El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

RAZA: Blanco Negro Mulato Otra

OCUPACION:

NIVEL DE EDUCACION

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin ocupación | <input type="checkbox"/> Propietario agricultura | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> UTU |
| <input type="checkbox"/> Recluso | <input type="checkbox"/> Propietario servicio | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> Universidad |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Empleado rural | <input type="checkbox"/> Ninguno | |
| <input type="checkbox"/> Profesional liberal | <input type="checkbox"/> Empleado comercio | | |
| <input type="checkbox"/> Artesano | <input type="checkbox"/> Empleado servicio | | |
| <input type="checkbox"/> Propietario industrial | <input type="checkbox"/> Tareas del hogar | | |
| <input type="checkbox"/> Propietario comercio | <input type="checkbox"/> Funcionario público | | |
| | <input type="checkbox"/> Jubilado | | |
| | <input type="checkbox"/> Otros | | |

Ingreso: Fecha de ingreso: ___/___/___ Hora de ingreso: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL INGRESO:

- 0 – 6 horas 6 a 24 horas 24 a 48 horas > 48 horas

REANIMACIÓN FUERA DEL IMAE: SI NO

CATEGORIZACIÓN DE COBERTURA DEL F.N.R. AL INGRESO

Código de categoría: _____ (ver tabla de referencia 1 - Página 4)

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad crónica preexistente: NO SI Determina ABA crítico: SI NO

ACCIDENTE

CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE:

- Accidente colectivo
- Accidente doméstico
- Accidente en vía pública
- Accidente laboral
- Autoeliminación
- Desastre
- Desconocido

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE:

Ambiente cerrado: Si No
Explosión: Si No

AGENTES:

- Ácidos
- Cáusticos
- Electricidad
- Fuego directo
- Ignición de sólidos
- Ignición de gases/explo
- Líquidos calientes
- Otros
- Sin dato

SITUACIÓN CLÍNICA

PORCENTAJE DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA:

Superficial _____ % Profunda _____ %
Intermedia _____ % Carbón _____ %
Total _____ %

PORCENTAJE DE SUPERFICIE CORPORAL CON ESCALPES:

Miembros superiores _____ %
Miembros inferiores _____ %
Otros _____ %
Total _____ %

INDICES AL INGRESO

ABA: Crítico Moderado Leve

AIS QUEMADO: _____ (1)

AIS ESCALPE: _____ (1)

(1) Codigos

- 1 – menor
- 2 – moderada
- 3 – severa sin riesgo de vida
- 4 – severa con riesgo de vida
- 5 – crítica

SCORE TRAUMA: _____ GLASGOW: _____

COMPLICACIONES AL INGRESO NO SI

- Agravio neurológico
- Falla circulatoria
- Falla respiratoria
- Fallo renal
- Isquemia de miembros
- Síndrome compartimental
- Infección
- Sepsis
- Otras

DIAGNÓSTICOS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Traumatismo abdomen/pelvis |
| <input type="checkbox"/> Electrocuación | <input type="checkbox"/> Traumatismo de cráneo |
| <input type="checkbox"/> Fracturas cerradas | <input type="checkbox"/> Traumatismo maxilo-facial |
| <input type="checkbox"/> Fracturas expuestas | <input type="checkbox"/> Traumatismo miembros |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de abdomen anterior | <input type="checkbox"/> Traumatismo raquimedular |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de abdomen posterior | <input type="checkbox"/> Traumatismo de tórax |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de tórax anterior | <input type="checkbox"/> Escalpe de miembros superiores |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de tórax posterior | <input type="checkbox"/> Escalpe de miembros inferiores |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de miembros inferiores | <input type="checkbox"/> Escalpe otros |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de miembros superiores | <input type="checkbox"/> Dermopatía tóxica |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de cara | <input type="checkbox"/> Dermopatía - Pénfigo |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de manos | <input type="checkbox"/> Dermopatía - otras |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de pies | <input type="checkbox"/> Otros diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de periné | |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de pliegues | |
| <input type="checkbox"/> Quemadura de vía aérea | |

RESUMEN DE INGRESO :

INGRESO POR SISTEMA

Tabla de referencia 1

CÓDIGOS DE CATEGORIZACIÓN DE COBERTURA DEL F.N.R.

QUEMADOS DE RIESGO

- 1 – Quemaduras intermedias (20 – 30 %)
- 2 – Quemaduras profundas (5 – 10 %)

QUEMADOS CRÍTICOS

- 4 – Quemaduras intermedias (+ 30 %)
- 5 – Quemaduras profundas (+ 10 %)

QUEMADURAS COMPLICADAS

- 6 – Injuria de la vía aérea
- 7 – Traumatismo grave asociado
- 8 – Complicación de aérea de alto grado funcional
- 9 – Quemadura asociada a enf. preexistente descompensada
- 10 – Quemaduras eléctricass con repercusión orgánica o funcional

POLITRAUMATIZADOS CON QUEMADURA

- 11 – De riesgo
- 12 – Críticos

ESCALPES GRAVES

- 14 – Grado 3 (20 al 29%)
- 15 – Grado 4 (30 al 39%)
- 16 – Grado 5 (40 al 89 %)

18 - QUEMADURAS SUPERFICIALES QUE AFECTEN ÁREAS MAYORES DEL 15 % EN PACIENTES LACTANTES O RECIEN NACIDOS

19- DERMOPATÍAS GRAVES