CONDICIÓNES DE SALIDA	DESTINO DEL PACIENTE				OBITO ☐
VIVO ☐	Alta ☐		Morgue ☐		FECHA:.....
MUERTO ☐	Observación ☐		Fuga ☐		HORA:.....
FECHA DE EGRESO	Internación ☐		Abandono voluntario ☐		
.....	Traslado ☐		(Donde).....		

.....

HOSPITAL DE TRAUMA MANUEL GIAGNI

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL PARAGUAY

PARAGUÁI TESÃI HA TEKO BORÃVE MOTENONDEHA

PROTOCOLO DE ADMISIÓN - FICHA Nº .....

JEFE / GUARDIA: _____ L M M J V S D FECHA _____ HORA _____

MEDICO _____ SERVICIO: URGENCIAS ☐ TRAUMATOLOGÍA ☐ C. EXT. ☐

I - DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO _____ EST. CIVIL C S V D

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NAC. SEXO: M F

EDAD _____ DIRECCIÓN _____ PROFESIÓN _____

PROCEDENCIA _____ DPTO _____ C.I. Nº _____

MOTIVO DE CONSULTA: Clínico ☐ Quirúrgico ☐ Trauma ☐

SEGURO MEDICO: NO ☐ SI ☐ Publico ☐ Privado ☐ _____

II - HISTORIA CLÍNICA PARA LESIONES DE CAUSA EXTERNA / SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES

LUGAR DE EVENTO DIRECCIÓN _____ DPTO.: _____

FECHA DE EVENTO

L M M J V S D			
DIA	MES	AÑO	HORA

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN

BAR	CASA	ESCUELA	CALLE	TRABAJO	TRANS. PART.	TRANS. PUBL.	OTROS

ACTIVIDAD QUE REALIZABA CUANDO SE LESIONO

Trabajo Depend.	Trabajo Independ.	Estudiando	Deporte	Viajando	Ingiriendo Alcohol	NO SABE	Otra	Nº TELÉFONO	DATOS APORTADOS

III - MECANISMO DE LESIÓN / MOTIVO DE CONSULTA

ACCIDENTES DE TRANSITO

TIPO DE ACCIDENTE
- ☐ Caída
- ☐ Choque
- ☐ Vuelco
- ☐ Arrollado
- ☐ Otro.....
- ☐ No Sabe

ACCIDENTADO
- ☐ Peatón
- ☐ Conductor
- ☐ Pasajero
- ☐ Otro.....
- ☐ No Sabe

TIPO DE TRANSPORTE
- ☐ Auto
- ☐ Camioneta
- ☐ Camión
- ☐ Ómnibus
- ☐ Moto
- ☐ Bicicleta
- ☐ Embarcación
- ☐ Carreta
- ☐ Caballo
- ☐ Otro.....
- ☐ No Sabe

CONTRAPARTE
- ☐ Auto
- ☐ Camioneta
- ☐ Camión
- ☐ Ómnibus
- ☐ Moto
- ☐ Bicicleta
- ☐ Embarcación
- ☐ Carreta
- ☐ Caballo
- ☐ Peatón
- ☐ Objeto fijo
- ☐ Otro.....
- ☐ No Sabe

ELEMENTO DE SEGURIDAD

CINTURON SI ☐ NO ☐

CASCO SI ☐ NO ☐

AIRBAG SI ☐ NO ☐

OTRO.....

AGRESIÓN POR TERCEROS

TIPO DE AGRESIÓN
- ☐ Puño / Patada
- ☐ Arma Contundente
- ☐ Arma Blanca
- ☐ Arma de Fuego
- ☐ Otros.....

RELACIÓN CON EL AGRESOR
- ☐ Pareja / Ex Pareja
- ☐ Padres - Padrastro
- ☐ Otro Familiar
- ☐ Conocido
- ☐ Desconocido

CONTEXTO
- ☐ Pelea
- ☐ Robo
- ☐ Agresión sexual
- ☐ Pandillas
- ☐ Violencia intrafamiliar
- ☐ Bala Perdida
- ☐ Otro .....
- ☐ No Sabe

SEXO DEL AGRESOR

M	F	Ambos	N/S

ANTECEDENTE PREVIO

SI	NO	N/S

LESIÓN AUTOINFLIGIDA / INTENCIONALMENTE

ANTECEDENTE PREVIO SI ☐ NO ☐ N/S ☐

LESIÓN CON...
- ☐ Arma Blanca
- ☐ Arma de Fuego
- ☐ Arma Confuso Cortante
- ☐ Otros.....

ENVENENAMIENTO
- ☐ Medicamento.....
- ☐ Alcohol.....
- ☐ Plaguicida.....
- ☐ Gases y Vapores.....

FACTOR PRECIPITANTE
- ☐ Conflicto - Pareja o Familiar
- ☐ Enfermedad Física
- ☐ Problema Financiero
- ☐ Problema Judicial
- ☐ Abuso Sexual
- ☐ Embarazo No Deseado
- ☐ Problema Escolar
- ☐ Otro.....
- ☐ No Sabe

OTROS MECANISMOS

QUEMADURAS
- ☐ Material Inflamable
- ☐ Fuego, Llamas
- ☐ Sustancias Químicas
- ☐ Agua Caliente
- ☐ Petardo
- ☐ Otros.....
- ☐ No Sabe

CAIDAS
- ☐ Mismo nivel
- ☐ Silla
- ☐ Cama
- ☐ Hamaca
- ☐ Árbol
- ☐ Altura.....mts
- ☐ Otro
- ☐ No Sabe

PICADURA O MORDEDURA
- ☐ Perro
- ☐ Serpiente
- ☐ Alacrán
- ☐ Otros.....
- ☐ No Sabe

ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL
- ☐ Medicamento
- ☐ Alcohol
- ☐ Plaguicida
- ☐ Gases y Vapores
- ☐ Otros

Accidente deportivo ☐
Especificar.....

Cuerpo Extraño ☐
Especificar.....

Herida Cortante ☐

Electrocución ☐

Ahorcamiento ☐

Inmersión ☐

ATENCIÓN PREVIA SI ☐ NO ☐

TRAIDO POR

AMBULANCIA ☐
BOMBERO ☐
POLICÍA ☐
PARTICULAR ☐

PROCEDIMIENTO PRE HOSPITALARIO

Intubación ☐
Ambuceado ☐
Oxígeno ☐
Collar Cervical ☐
Inmov. Columna ☐
R.C.P. ☐
Medicación

Líquidos EV.....Lts.
Sangre.....Vol.
S.N.G. ☐
Sonda vesical ☐
Drenaje de tórax ☐

Consumo de Alcohol en el Lesionado

Ha consumido bebida alcohólica 7 horas antes del evento

☐ SI
☐ NO
☐ Sospecha de su uso
☐ No ha consumido
☐ No se sabe

Consumo de Drogas en el Lesionado

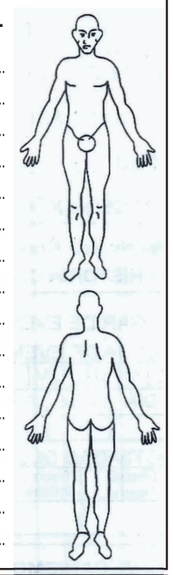
☐ Si ha consumido
☐ Sospecha de su uso
☐ No ha consumido
☐ No se sabe

Extricamiento (Tiempo).....

MOTIVO DE CONSULTA:.....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL / APP

.....



EXAMEN FÍSICO

PA	FC	FR	Tº	PULSO PALPABLE		NO PALPAB.	COLORACIÓN DE PIEL	LLENADO CAPILAR	ESCALA DE GLASGOW...../15		
				Muñeca	Ingle				R. Ocular	R. Verbal	R. Motora
							NOR ☐ PAL. ☐ ITC ☐	2" > 2"	(1-4)	(1-5)	(1-6)

ESCALA REVISADA DE TRAUMA (R.T.S.) MAYORES DE 15 AÑOS

P.A. Sistolica	Frec. Resp.	Glasgow
> 89 = 4	10 -29 = 4	13 -15 = 4
76 -89 = 3	> 29 = 3	9 -12 = 3
50 -75 = 2	6 - 9 = 2	6 - 8 = 2
1 -49 = 1	1 - 5 = 1	4 - 5 = 1
0 = 0	0 = 0	3 = 0

TOTAL=...../ 12

Escala de Glasgow (Detalles)

Respuesta Ocular	Espontánea A la voz Al dolor Ninguna	4 3 2 1
Respuesta Verbal	Orientado Confuso Palabras Inapropiadas Sonidos incomprensibles Ninguna	5 4 3 2 1
Respuesta Motora	Obedece órdenes Localiza el dolor Retira al dolor Flexión al dolor Extensión al dolor Ninguna	6 5 4 3 2 1
Total		3 - 15

PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS (P.T.S.)

Estado Mental		Vías Aéreas		Herd. Abiertas		Fracturas		Peso - Kg.	
Alerta/Obnubilado	(+2)	Normal	(+2)	No	(+2)	No	(+2)	> 20	(+2)
P. Conocimiento	(+1)	Sostenible	(+1)	Menor	(+1)	Menor	(+1)	10/20	(+1)
Comatoso	(-1)	Insostenible	(-1)	Mayor/ Pener.	(-1)	Expuesta/Multip.	(-1)	< 10	(-1)

TOTAL=.....

REF. CONTRAREF

Derivado de:.....

Motivo:.....

Llamada Previa: SI( ) NO( )

Remitido por Dr/a:.....

Aceptado por:.....

CIE 10	Idx	Confirmado	
		N	R

REVISIÓN POR SISTEMAS

	Normal	Alterado
Piel		
Cabeza		
Maxilofacial		
Cuello		

	Normal	Alterado
Tórax (pulmones)		
Tórax (corazón)		
Abdomen		
Genitourinario		

	Normal	Alterado
Recto		
Pelvis		
Sist. Músc. Esq.		
Neurológico		

	SI	NO
Embarazo		

.....

RADIOGRAFIAS

CRÁNEO / CARA:.....
COLUMNA CERVICAL:.....
COLUMNA TORACO-LUMBAR:.....
TÓRAX:.....
ABDOMEN:.....
PELVIS:.....
MIEMBROS:.....

ECOGRAFÍA:.....

TOMOGRAFÍA: .....

DIAGNÓSTICOS: .....

CONDUCTA: .....

REPOSO SI ☐ NO ☐ **DÍAS:** .....

.....
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE