ESTABLECIMIENTO:………………………………………………. 

RESOL MS 5092

CODIGO SISA/REFES:……………………………………………… IAM Entre Ríos

|  |  |
| --- | --- |
|  | Datos Filiatorios  Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Localidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Obra Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Atención Prehospitalaria de IAM Fecha:…………………   * Hora de inicio de los síntomas según el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Hora de ingreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Hora de Primer ECG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * ¿Se administró ASPIRINA? SI \_\_\_ NO\_\_\_\_ ¿Clopidogrel? SI \_\_\_ NO\_\_\_\_   Traslado   * Hora de inicio de Traslado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Hora de llegada a centro de mayor complejidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Atención Hospitalaria   * Hora de Inicio de Trombolíticos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (no llenar si no corresponde) * Hora de valoración de criterios de reperfusión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (no llenar si no corresponde)   Hora de 2° ECG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trombolíticos exitosos: Si / No  ………………………  Firma y sello  ………………………………………………………………………………………………………………………………  DEBE DEJAR UNA COPIA COMPLETA DE ESTA FICHA EN EL EFECTOR AL CUAL DERIVA SU PACIENTE |
|  |  |