ESTABLECIMIENTO:………………………………………………. 

RESOL MS 5092

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Datos FiliatoriosNombre 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  |
|  |  |