

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE CASO

Lugar y Fecha:

1. Datos personales

Apellido y Nombre del paciente:

Sala:

N° de HC:

Fecha de ingreso:

Ambulatorio/Consultorio externo:

Edad:

Lugar de procedencia:

Obra social:

Grupo familiar (genograma):

¿Quién asume la responsabilidad del paciente?:

Nivel de escolaridad:

Ocupación:

2. Datos clínicos

Motivo de ingreso:

Diagnóstico médico:

Descripción del cuadro clínico, evolución durante la internación:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Pronóstico:

No es precisable:

Buena recuperación:

Grado de invalidez:

Estado vegetativo persistente:

Muerte:

4. De acuerdo al diagnóstico y pronóstico del paciente: ¿Qué tratamiento propone?

5. ¿Se pueden producir complicaciones familiares, emocionales o económicas con el esquema terapéutico propuesto?

6. ¿Qué alternativas terapéuticas plantean los equipos médicos?

7. ¿Qué expectativas hay frente a las terapias sugeridas?

8. Sin los tratamientos propuestas, ¿cuál es el pronóstico?

9. Información suministrada: ¿A quién se le informó? (marcar con una X)

-Responsable adulto (madre, padre, otros):

-Al paciente:

-A ambos:

¿Quién suministró la información? (marcar con una X)

-Médico de servicio/médico Jefe de servicio:

-Médico Residente:

-Especialista:

-En conjunto:

-Cada uno por separado:

¿Qué tipo de información recibió?

¿Cómo fue la recepción de la información? (repercusión emocional y comprensión intelectual)

10. Preferencias y/o expectativas del paciente de los padres/familiares ante el tratamiento propuesto:

11. Servicios consultados:

Trabajo Social:

Salud Mental:

Cuidados Paliativos:

Otros:

12. Intervención Judicial:

13. Especificación de problemas Éticos- clínicos: señale con una X el o los tipos de problemas éticos detectados.

Dar o no reanimación:

Discrepancias en la toma de decisiones entre médicos:

Suspensión de terapia de sostén de vida (hidratación, ventilación, alimentación)

Determinación y manejo de un paciente en muerte cerebral:

Reconocimiento de un estado terminal:

Indicación de terapia experimental:

Asignación de escasos recursos disponibles:

Rechazo del tratamiento por parte del paciente o familiar a cargo:

Suspensión de tratamientos: antibióticos: quimioterapia: quirúrgico:

Discrepancia frente a las distintas decisiones por parte de: los médicos, del paciente, de los familiares.

Discrepancia del equipo de salud en la decisión médica a seguir:

Otros:

14. Motivo de consulta al Comité: especifique cuál de las decisiones son las que le plantean problemas éticos.



Comité de Bioética - HMISR
Res. N°5136 M.S.- R.U. N°2221923
Tel: (0343) 423-0460 Int. 343
comite.bioetica@hospitalsanroque.gob.ar

Firma y Sello