

## PROGRAMA DE TELEMEDICINA

Orientación Clínica

F-TELE-05A

**Área:** CIRUGÍA PEDIÁTRICA **Consultantes:** HOSPITALES DE LA RISS

**Embarazadas con productos con gastrosquisis y onfalocele.**

<b>Patologías/Atenciones incluidas:</b>	Gastrosquisis y onfalocele diagnósticadas por USG en madre gestante.
<b>No incluye:</b>	Otras malformaciones Urgencias Pediátricas.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

F.D.N: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Unidad que solicita teleorientación: \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

Caso presentado por: Médico General  Médico Peditra

Nombre del Médico que presenta: \_\_\_\_\_

Requisitos:		SI	NO
1	Resúmen Clínico		
2	Diagnóstico previo de gastrosquisis/onfalocele, establecido por USG**		

\*\* Vigencia no requerida de manera inicial.

FECHA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA:	
-----------------------------------	--

AUTORIZA:	
-----------	--

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA UNIDAD