



# INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES

## SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Ap. Paterno: \_\_\_\_\_  
Ap. Materno: \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLINICA N° \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_

### DATOS DE SOLICITUD

Medicina  C.E.  Hospitalizado  Cama: \_\_\_\_\_ Rutina   
Cirugia  Emergencia   
UTI

Medico tratante: \_\_\_\_\_

Otro hospital/Centro: \_\_\_\_\_

### DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

Diagnostico actual: \_\_\_\_\_

Interés Específico: \_\_\_\_\_

Tratamiento anticoagulante o antiagregante: SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

Alergia al contraste yodado (PTC-PTCD) SI  NO  Especifique: \_\_\_\_\_

LABORATORIOS Fecha: \_\_\_\_\_

Hemoglobina: \_\_\_\_\_

Globulos blancos: \_\_\_\_\_

Creatinina: \_\_\_\_\_

Grupo sanguineo: \_\_\_\_\_

Plaquetas: \_\_\_\_\_ (>50000)

Tiempo de protrombina: \_\_\_\_\_ (<18s)

Actividad de protrombina: \_\_\_\_\_ (>65%)

INR: \_\_\_\_\_ (<1,2)

### EXAMENES SOLICITADOS

- |         |                          |   |        |                          |   |
|---------|--------------------------|---|--------|--------------------------|---|
| 301202  | <input type="checkbox"/> | PUNCION BIOPSIA (ECOGRAFIA)                       | 301203 | <input type="checkbox"/> | DRENAJE PERCUTANEO (ECOGRAFIA)            |
| 312203  | <input type="checkbox"/> | PUNCION BIOPSIA (TOMOGRAFIA)                      | 312202 | <input type="checkbox"/> | DRENAJE PERCUTANEO (TOMOGRAFIA)           |
| 301201  | <input type="checkbox"/> | PUNCION ASPIRATIVA (ECOGRAFIA)                    | 309201 | <input type="checkbox"/> | DRENAJE BILIAR PERCUTANEO (PTCD)          |
| 312201  | <input type="checkbox"/> | PUNCION ASPIRATIVA (TOMOGRAFIA)                   | 309114 | <input type="checkbox"/> | COLANGIOGRAFIA TRANSPARIETOHEPATICA (PTC) |
| 3012064 | <input type="checkbox"/> | PARACENTESIS EVACUADORA CON CATETER A PERMANENCIA |        |                          |   |

PARA USO ADMINISTRATIVO  
Recibo caja N°: \_\_\_\_\_  
N° Examen: \_\_\_\_\_

F750

MEDICO SOLICITANTE