

COMPRA DIRECTA: 287-2020

ITEM 1: IMPRESIÓN DE BLOCK IMPRESIÓN

CANTIDAD SOLICITADA: 20 UNIDADES (BLOCK X 100 HOJAS)

CARACTERÍSTICA:

_10 BLOCK SEGÚN HOJA 1 (IMPRESIÓN A UNA SOLA CARILLA Y UNA TINTA).

Solicitud de Resonancia Magnética Nuclear

_10 BLOCK SEGÚN HOJA 2 Y 3 (IMPRESIÓN DOBLE FAZ, SEGÚN MUESTRA)

Solicitud de Tomografía Computada.

Detalle:

*100 UNIDADES POR BLOCKS

* MEDIDAS: TAMAÑO HOJA A 4 (Como se adjunta)

DEBE CONTENER EL MISMO TEXTO QUE LA MUESTRA ABAJO APORTADA.

PRESUPUESTO DEBE INCLUIR FLETE A YOUNG Y DEBE ESTAR EN PESOS URUGUAYOS.

PAGO: SIIF

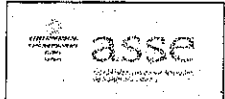
APERTURA ELECTRÓNICA: DÍA: 05/08/2020.- HORA 10:00

POR CONSULTAS: OFICINA DE COMPRAS. TELEF: 45672045 INT 135

MAIL: compras.young@asse.com.uy


SERGIO DEMOMET
OF. COMPRAS

FECHA:...../...../.....



SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

De:.....

Urgente

Coordinación

NOMBRE:.....

EDAD:..... SEXO:..... C.I.:.....CARNET:.....VTO:.....

PROCEDENCIA:..... Internado:..... Ambulatorio:.....

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (debe incluir antecedentes, ex.clinico y evolutivo)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

EXAMENES ANTERIORES REFERENTES A LA AFECCION

RX.SIMPLE Fecha: _____ Informe: _____

Fecha: _____ Informe: _____

FONDO DE OJO - Fecha: _____ Informe: _____

ELECTROENCEFALOGRAMA Fecha: _____ Informe: _____

OTROS EXAMENES: Fecha: _____ Informe: _____

CONSULTA C/ESPECIALISTA: _____ Fecha: _____ Informe: _____

T.A.C.PREVIA Fecha: _____ Informe: _____

DIAGNOSTICO PRIMARIO O PRESUNTIVO: _____

INTERESA DESCARTAR: _____

Medico solicitante: _____ Sello y especialidad: _____



SOLICITUD DE TOMOGRAFIA COMPUTADA

URGENTE COORDINACION FECHA: 7 / /

NOMBRE:

C.I.: FECHA NAC.: EDAD:

PROCEDENCIA:

REGION A ESTUDIAR:

DATOS CLINICOS:

INTERESA DESCARTAR:

Firma y aclaración medico tratante

Al dorso de esta solicitud se debe llenar el protocolo de preparación de pacientes que recibirán medio de contraste, siguiendo la ordenanza N°89 del MSP del 28 de febrero del 2014. Sin la misma no se le dará trámite a la coordinación de estudios.

RECUERDE:

- EL PACIENTE DEBE CONRURRIR CON UN MINIMO DE **6 HORAS DE AYUNO TOTAL.**
- EL PACIENDE DEBE CONCURRIR CON **ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS PREVIOS.**
- ES RECOMENDABLE SIEMPRE LA HIDRATACIÓN PREVIA Y POSTERIOR AL USO DEL CONTRASTE.

ESTIMADO DOCTOR/A:

Los medios de contraste son sustancias externas que administradas al organismo pueden provocar una variedad de reacciones adversas, que van desde leves hasta muy graves y fatales. En caso de que el estudio que indica este sea adecuadamente justificado y no pueda ser sustituido por otro método imagenológico que no requiera la utilización de contraste, solicitamos complete el siguiente formulario.

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

| | | SI | NO | |
|----------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|
| ASMA | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ALERGIAS | Alimentarias. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cual..... |
| | Al Iodo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | A los medios de contrastes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Si presentó alergia a los medios de contraste, notifique que tipo:

SI EL PACIENTE TIENE ANTECEDENTES ALÉRGICOS RECIBIRÁ PREPARACION SIGUIENDO PROTOCOLO RECOMENDADO POR LA MISMA ORDENANZA.

FACTORES DE RIESGO PARA NEFROPATIA INDUCIDA POR CONTRASTE
(MARQUE SOLO SI TIENE FACTOR DE RIESGO)

- MAYOR DE 65 AÑOS HTA CARDIOPATIA DIABETES
- TOMA METFORMINA TOMA MEDICACION NEFROTOXICA Cual.....
- DESHIDRATACION FEOCROMOCITOMA MIELOMA MULTIPLE
- PROTEINURIA INSUFICIENCIA HEPATICA ALCOHOLISMO
- EMBARAZO LACTANCIA
- RECIBIO CONTRASTE EN LAS ULTIMAS 72 HORAS

SI EL PACIENTE TIENE FACTORES DE RIESGO DE NEFROPATIA DEBE CONCURRIR CON EXAMEN DE ORINA Y CREATININEMIA DE MENOS DE 3 MESES

Autorización de Dirección Técnica

BLOQUE 2 - NOM 3 - (REVERSO)