|  |
| --- |
| TELEODONTOLOGÍA: CUESTIONARIO PRE-CONSULTA ODONTOPEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 |
|  |
| Odontólogo Tratante:      |
|  |  |  |  |  |
| Datos Personales | Nombre del Solicitante:      |
| DNI / Identificación representante o tutor:      |
| Teléfono de contacto:      |
| Correo electrónico:      |
| Nombre del Paciente:      |
| Edad:      | Peso:      |
| Relación con el paciente: [ ]  Padre/Madre [ ] Tutor Legal [ ] Agencia Gubernamental [ ] Otro |
| Fecha de la Consulta:      | Hora:      |
| Fecha aparición de la enfermedad/traumatismo:      | Hora:      |
| ¿El paciente tiene historia de atención previa en este servicio? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿El paciente tiene Odontólogo/Odontopediatra previo? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Remitido por:      |
| Dato de contacto:      |
|  |  |  |  |
| Describa de manera general las razones por las cuales solicita consulta virtual: |
|       |  |  |
|       |  |  |
|  |
| ¿Le ha dado algún tipo de medicamento al paciente para disminuir el dolor o la inflamación durante este tiempo?  | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Describa:      |
|       |
|  |
| ¿Ha realizado otro tipo de acciones para ayudar a su hijo ante esta situación de salud?  | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Describa       |
|       |
|  |
| ¿Considera que el paciente necesita ser visto por un odontólogo en las próximas 24-48 horas por cita de urgencias o emergencias? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿El paciente ha presentado fiebre en los últimos 14 días mayor a 37,5°C? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿El paciente ha presentado síntomas respiratorios (tos, odinofagia, rinorrea), síntomas gastrointestinales (diarrea, vómitos, dolor abdominal) o malestar general, en los últimos 14 días? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿Ha notado pérdida en el sentido del gusto o del olfato en los últimos 14 días? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿El paciente o su representante han viajado a países de riesgo en los últimos 14 días? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿El paciente o su representante han estado en contacto estrecho con personas que presentan fiebre o cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿Han estado en contacto con alguien diagnosticado como sospechoso o confirmado COVID19 en los últimos 14 días? | [ ]  SI | [ ]  NO |
| ¿El paciente ha pasado la enfermedad del Covid-19 y sigue en cuarentena o aislamiento? | [ ]  SI | [ ]  NO |
|  |
| Recursos diagnósticos complementarios | Envía fotos intraorales | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Envía fotos extraorales | [ ]  SI | [ ]  NO |
| Envía audioisuales o imágenes diagnósticas: | [ ]  SI | [ ]  NO |

Estimado Padre-Tutor:

Las consultas virtuales en salud han sido diseñadas para abordar situaciones inesperadas que puedan vivir los pacientes en momentos donde la atención clínica directa no es posible.

Por favor tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para lograr la mejor atención del caso que usted nos está compartiendo en estos momentos:

* Las regulaciones actuales del país, limitan el tipo de atención que se puede realizar a menores de edad a emergencias, urgencias o tratamiento prioritario. Si usted considera que el caso de su hijo puede ser manejado virtualmente, por favor envíenos toda la información pertinente para lograr colaborarle de la mejor manera y disminuir los síntomas que puedan estar experimentando.
* Este tipo de consultas virtuales tienen limitaciones, ya que algunos diagnósticos en Odontología requieren palpación y observación directa de tejidos, como la evaluación directa de signos en el paciente y toma de radiografías.
* Lo apoyaremos de la mejor manera, y según los hallazgos y evaluación de signos y síntomas, definiremos la mejor ruta de atención para el paciente, ya sea el seguimiento virtual del caso, o la remisión a una consulta de urgencias o de emergencias.
* Su colaboración y cumplimiento en los protocolos y pasos definidos para estas citas virtuales, harán la diferencia en la mejor resolución del caso, por favor apórtenos la mejor información que usted tenga, y ayúdenos con una descripción detallada de fechas, evolución de síntomas, y que tipo de paliativos usted le ha brindado al paciente mientras logra una atención especializada.
* Revisaremos toda la información que usted nos brinde, incluyendo fotos y otros documentos de interés, que nos permitan definir la mejor atención clínica para el paciente.
* De igual manera, agradecemos si usted puede comentarnos si alguien en su familia o el paciente, han sentido síntomas de resfriado en los últimos 20 días. Esto podría ayudarnos a entender mejor el cuadro clínico del paciente.

He leído y comprendido la información planteada: [ ] Si [ ] No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre Padre o tutor:       | Firma:       | DNI o CC:      |
| Nombre Odontólogo Tratante:       | Firma:       | DNI o CC:      |
|  | Lugar:       | Fecha:       |

|  |
| --- |
| PARA SER LLENADO POR EL ODONTOLOGO TRATANTE |
| Diagnóstico Presuntivo:      |
|       |
| Conducta terapéutica | [ ] Remitido a sala de urgencias | [ ] Requiere atención presencial inmediata |
| [ ] Requiere atención presencial 15 días | [ ] Orientado con telemedicina |
| [ ] Otro:      |
| Prescripción de analgésicos: [ ] Si [ ] No Principio activo:      |
| Dosis:       | Posología:      |
| Prescripción de antibióticos: [ ] Si [ ] No Principio activo:      |
| Dosis:       | Posología:       |
| Seguimiento de la evolución realizado a: [ ] 24 horas [ ] 48 horas [ ]  72 horas  |
| [ ] 5 días [ ]  7 días [ ] 14 días [ ] mayor seguimiento |
| En caso de atención presencial: Recibido el consentimiento informado diligenciado y firmado: | [ ] SI | [ ] NO |
| Evolución del caso:      |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |