| | | |
|---|---|---|
| | ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY<br>PROGRAMA DE URGENCIAS VETERINARIAS<br>CPS 800 2025<br>**HISTORIA CLINICA** | **CONSORCIO PYBA KENNEDY 2025** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **HC** | **8** | **Microchip: Se implanta en clinica** | **NO** | **SI** | | **NO** | **X** | **FECHA** ddd/mmm/aaaa | **7/10/2025** |

**1. Datos del paciente**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Oreo | ESPECIE | felino | RAZA: | d.p.c | SEXO | macho |
| EDAD: | 2,5 meses | PESO | 500gr | TIPO DE PELO | d.p.c | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLOR: | blanco/negro | ESTADO REPRODUCTIVO (Marcar con una x) | ENTERO | x | ESTERILIZADO | | GESTACIÓN | |
| | | | LACTANCIA | | SIN EVIDENCIA | | | |

| | |
|---|---|
| ORIGEN Y PROCEDENCIA (Marcar con una x) | |
| HOGAR DE PASO (EN CUSTODIA DE LA RED DE PROTECCIÓN) | x |
| CON TENEDOR RECICLADOR | |
| CON TENEDOR HABITANTE DE CALLE | |
| ANIMAL EN CONDICIÓN DE CALLE, SIN TENEDOR CONOCIDO | |
| CON TENEDOR EXTRANJERO | |

**1. Datos de la persona que reporta el caso**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | Fashully Castro | C.C | 1023881161 | TEL | 3204939236 |
| CELULAR: | 3152349356 | *E MAIL* | *psicologa2912@hotmail.com* | | |
| DIRECCION: | CALLE 54 F SUR 78A - 51 | | | | |

| | |
|---|---|
| LUGAR DE ORIGEN | Rescatado condicion de calle |
| UPZ | 48- TIMIZA |
| MOTIVO DE CONSULTA | |
| Hace 1 hora y media presento desmayo, soltura negro, fetida,liquida, se desmayo, se reanimo con suro y lata critical. rescatado el dia de ayer en la noche. encias palidas, muy flaco, diarreas y se desgonzo. | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ENFERMEDADES ANTERIORES: | n/r | | | | | |
| CIRUGIAS PREVIAS: | n/r | | | | | |
| ALIMENTACION: | n/r | | | | | |
| VIVE CON MAS ANIMALES | SI | x | NO | | CUALES | perros y gatos |
| ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN Y DESPARASITACIÓN: | n/r | | | | | |
| ULTIMA VACUNA (fecha y nombre de la vacuna) | n/r | | | | NS/NR | |
| ULTIMA DESPARASITACIÓN (fecha y nombre del producto): | n/r | | | | NS/NR | |
| CONSTANTES FISIOLOGICAS | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TEMPERATURA:** | | **32** | **°C** | **FRECUENCIA CARDIACA:** | | **200** | **lpm** | **FRECUENCIA RESPIRATORIA:** | | | **32** |
| **ESTADO DE CONCIENCIA** | | **Alerta** | | **Deprimido** | x | **Estupor** | | **Coma** | | **CONDICIÓN CORPORAL:** | **1/5** |
| **TLLC :** | 3 seg | **RETORNO DE LA PIEL (Seg)** | | 4 | **% DESHIDRATACION**: | | 10% | **MUCOSAS** | muy palidas | | |
| **TEMPERAMENTO:** | | docil | | **OBSERVACION:** | | paciente critico | | | | | |

**EXAMEN CLINICO**.

N:normal , AN: Anormal, NE: No evaluado

| | | N | AN | NE | | | N | AN | NE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ESTADO GENERAL | | x | | 8 | GENITOURIONARIO | | | |
| 2 | PIEL Y ANEXOS | | x | | 9 | REPRODUCTIVO | | | |
| 3 | DIGESTIVO | | x | | 10 | LINFOIDE | | x | |
| 4 | RESPIRATORIO | | | | 11 | OIDOS | | | |
| 5 | CARDIOVASCULAR | | | | 12 | NARIZ | | | |
| 6 | MUSCULO ESQUELETICO | | x | | 13 | OJOS | | | |
| 7 | NEUROLOGICO | | x | | 14 | OTROS | | | |

HALLAZGOS ANORMALES

1, Decaido, baja respuesta a estimulos 2. pelaje hirsuto. 3. Diarreas fetidas, inapetencia. 4. baja condicion corporal. 5. Decaido. 10. popliteos aumentados de tamaño.

| **LISTA DE PROBLEMAS** | **LISTA MAESTRA** | | **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL** |
|---|---|---|---|
| Inapetencia | Deshidratacion | I | Vif/Vilef |
| Diarrea | Diarrea | II | Panleucopenia |
| Hipotermia | Inapetencia | III | Mycoplasma |
| Deshidratacion | | IV | Parasitisis gastrointestinal |
| Decaimiento | | V | |
| CC 1/5 | | VI | |
| | | VII | |

| PLANES DIAGNOSTICOS | | PLANES TERAPEUTICOS | |
|---|---|---|---|
| Fecha | Examen realizado. | 1 | Dextrosa 1ml DU |
| 07/010/2025 | Prequirurgico | 2 | Omeprazol 0,7mg/kg SID |
| | Test Vif/vilef | 3 | Dipirona 15mg/kg BID |
| | Ecografia abdominal | 4 | Metronidazol 15mg/kg BID |
| | | 5 | Aminolyte 1,5ml BID |
| | | 6 | |
| | | 7 | |
| | | 8 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVO(S): | | Virales, Mycoplasma, Panleucopenia. | | | | |
| PRONOSTICO: | Bueno | | Reservado | | Malo | x |
| Médico Veterinario y T.p | DIEGO TOME 21509 | | | | | |