

MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA

GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN

GII-EST-MA-01
VERSIÓN 1
MARZO DE 2018

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

1.	OBJETIVO.....	4
2.	ALCANCE.....	4
3.	APLICABLE A.....	4
4.	RESPONSABLE.....	4
5.	DEFINICIONES.....	4
6.	CONDICIONES GENERALES.....	5
7.	DESARROLLO.....	5
7.1	CARACTERISTICAS Y PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	5
7.2	GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	6
7.3	COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	6
7.3.1	APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	6
7.3.2	NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	6
7.3.3	CONTENIDOS MINIMOS.....	7
7.3.4	SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA.....	7
7.4	DILIGENCIAMIENTO Y FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.....	8
7.4.1	FORMATOS MEDICOS.....	9
7.4.2	FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ENFERMERIA.....	10
7.5	USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS (ANEXO No. 1).....	11
7.6	PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGIAS EN SALUD NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD.....	11
7.7	ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA.....	12
7.7.1	MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN HISTORIA CLINICA.....	12
7.7.2	CUSTODIA.....	12
7.7.3	RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN.....	12
7.7.4	CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	13
7.7.5	ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.....	13

7.8	CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLÍNICA.....	13
7.9	COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS.....	14
7.9.1	DEFINICIÓN.....	14
7.9.2	FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	14
7.9.3	INTEGRANTES.....	14
7.10	REVISIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	14
8.	DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	15
9.	ANEXOS.....	16
9.1.	ANEXO 1. LISTADO DE ACRONIMOS ESE HUS.....	16
9.2.	ANEXO 2. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA.....	21
9.3.	ANEXO 3. INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DE LA EVOLUCIÓN MÉDICA EN DINÁMICA GERENCIAL.NET.....	52
9.4.	ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA REALIZAR REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET).....	56
9.5.	ANEXO 5. INSTRUCCIONES PARA NOTA ACLARATORIA.....	81
9.6.	ANEXO 6. INSTRUCTIVO PARA REALIZAR UN CONTROL DE TRIAGE Y/O TRIAGE EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET).....	82
9.7.	ANEXO 7. INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR Y CONSULTAR EXAMENES DEL LABORATORIO CLINICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET).....	88
10.	SOCIALIZACIÓN.....	90
11.	CONTROL DE MODIFICACIONES.....	90

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 4 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1
Elaboró: Nelly Méndez Meza Profesional Especializado UFATI	Revisó: Nelly Méndez Meza Profesional Especializado UFATI	Aprobó: Martha Vega Blanco Subgerente Administrativo y Financiero
Fecha Elaboración: Noviembre de 2017	Fecha de Revisión: Diciembre de 2017	Fecha Aprobación: Diciembre de 2017

1. OBJETIVO

Proporcionar una orientación clara para diligenciamiento, administración, conservación y custodia de las historias clínicas conforme a los parámetros legales vigentes, garantizando su integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad en la ESE Hospital Universitario de Santander.

2. ALCANCE

Este manual inicia con la apertura de la historia clínica al ingreso del usuario a la institución y finaliza con su archivo y custodia, por los términos definidos en la normatividad vigente.

3. APLICABLE A

Este manual aplica al proceso de Gestión Integral de la Información y todos los procesos misionales de la E.S.E Hospital Universitario de Santander.

4. RESPONSABLE

- Subgerente Administrativa y Financiera
- Profesional Especializado de la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información

5. DEFINICIONES

- **Archivo:** Recopilación y conservación de documentos, usualmente producidos en otro lugar y como resultado de la concreción de sus respectivas actividades. La ESE HUS tendrá un archivo único de historias clínicas en las etapas de archivo de gestión, central e historia.
- **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención. En este archivo deben conservarse las historias clínicas por un periodo mínimo de 15 años posteriores a su traslado del archivo de gestión o como lo establezca la norma vigente.
- **Archivo de Gestión:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.
- **Consentimiento Informado para Donación, Trasplante o Implante.** Es la manifestación de voluntad proveniente de aquella persona que tiene la calidad de donante o receptor de un componente anatómico, que ha sido emitida en forma libre y expresa, luego de haber recibido y entendido la información relativa al procedimiento que deba practicarse.
- **Custodia de la Historia Clínica:** Es el cuidado y vigilancia de los documentos electrónicos y físicos que hacen parte de la historia clínica. La custodia de la historia clínica está a cargo directo de la ESE Hospital Universitario de Santander, quien podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o su representante legal cuando este lo solicite para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

- **Donante.** es aquella persona que durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento. La voluntad de donación expresada en vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares.
- **Equipo de Salud:** Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directo del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y restadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- **Estado de salud:** El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.
- **Historia Clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. También su uso puede extenderse a la docencia y la investigación, la evaluación de la calidad asistencial y apoyo al área administrativa.
- **Historia Clínica Electrónica:** La historia clínica electrónica tiene ventajas sobre la manual como por ejemplo la legibilidad, fácil accesibilidad, orden y unicidad y mayor seguridad. Facilita la docencia e investigación, mejora la administración de recursos y la evaluación de la calidad asistencial.

6. CONDICIONES GENERALES

- Para realizar los registros de historia clínica electrónica en el Sistema de Dinámica Gerencial se requiere previamente la apertura de un ingreso de usuario en el sistema, que es responsabilidad del área de admisiones.
- El personal asistencial es responsable de los registros que se realicen en la historia clínica electrónica con el uso de su respectivo usuario
- Los médicos generales, especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativos deben
- El formato de la Historia clínica denominada NOTA ACLARATORIA debe ser usado para aclarar, corregir, complementar, ampliar notas médicas previas contenidas en las evoluciones o actos médicos realizados con anterioridad.
- Es responsabilidad del equipo de salud revisar las notas aclaratorias para asegurar la continuidad del manejo del usuario y evitar reproceso de medicamentos, exámenes o cualquier otra solicitud.
- El personal en formación, excepto residentes no están autorizados para hacer sus registros en la historia clínica, solo los docentes. En caso de los internos, registran con el aval del docente.

7. DESARROLLO

7.1 CARACTERÍSTICAS Y PRINCIPIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

De conformidad con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, la Historia Clínica debe reunir las siguientes características:

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 6 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- **Racionalidad científica:** Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

7.2 GENERALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Los registros de historia clínica que se tramiten de forma manual deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y utilizando solo las siglas y acrónimos reglamentados dentro de la ESE Hospital Universitario.
- Cada registro digital y físico de la historia clínica debe llevar la fecha y hora en la que se ingresa o realiza, con el nombre completo, identificación y firma digital o física de la persona que generó la información. (El tipo de firma empleada dependerá del registro utilizado, ya sea digital o físico).

7.3 COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

7.3.1 APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

LA ESE HUS cuenta con una historia clínica electrónica, su apertura se realiza al momento del ingreso del paciente a los servicios de Urgencias, Hospitalización, Cirugía, Consulta Externa en el Sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria.

La identificación del paciente se hace con el nombre completo y el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utiliza el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor (hijo a hija) en el grupo familiar.

Cuando un paciente ingresa al servicio de urgencias y no se conoce su identificación se clasifica como N.N. y se informa a la autoridad competente; además se debe informar al personal administrativo de esta situación. El área de admisiones asigna el código 680010-consecutivo.

Cuando el paciente legaliza su identidad se realiza el cambio de código en el sistema y se libera el código. (Ver: URG-P-01 Procedimiento Ingreso Administrativo del Paciente al Servicio de Urgencias)

7.3.2 NUMERACIÓN CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Todos los folios en físico deben ser entregados por la oficina de facturación y admisiones asignada al área de estadística de manera semanal con su respectiva acta de soporte de entrega, donde se identifiquen la cantidad de folios, nombres, apellidos e identificación de los pacientes.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 7 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

- Todos los folios en físico que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva y cronológica de acuerdo a lo establecido por el Archivo General de la Nación, actividad que desarrolla el área de acuerdo.
- Todos los folios que componen la historia clínica electrónica son numerados en forma consecutiva por el sistema de información Dinámica Gerencial.Net.
- Los documentos que se generen o se hayan requerido en el proceso de atención del paciente son responsabilidad del personal tratante.

7.3.3 CONTENIDOS MINIMOS

Se entiende por historia clínica completa aquella que incluye la Historia Clínica Médica y de Enfermería, en general debe contener la siguiente información.

- Datos generales del paciente.
- Datos y Motivo de consulta.
- Diagnósticos tentativos o definitivos.
- Revisión por sistemas.
- Antecedentes personales, familiares, alérgicos, ginecológicos, de medicamentos y hábitos.
- Examen físico completo el cual incluye siempre signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso, talla, temperatura, signos de dolor). Para historia clínica de mujeres, número de embarazos y fecha de última regla.
- Notas de Ingreso a los servicios de hospitalización.
- Planes de tratamiento.
- Conductas: orden de medicamentos (incluye conciliación de medicamentos), orden de laboratorios, ordenes de imagenología, interconsultas, remisiones.
- Notas de Evoluciones o controles, registro de interpretación de resultados de ayudas diagnósticas.
- Notas de Interconsultas.
- Descripciones quirúrgicas (Cuando aplique)
- Proceso de Enfermería (Notas de Enfermería, plan de manejo, registro de actividades, control de líquidos).
- Educación al paciente.
- Epicrisis o resumen de egreso.
- Consentimientos Informados.
- Anexos asociados a la atención del paciente.
- Religión.
- Nivel de Educación.
- Identificación de necesidades especiales del paciente

7.3.4 SOPORTES DE LA HISTORIA CLINICA

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro y demás documentos que la ESE Hospital Universitario de Santander considere pertinentes.

- Los reportes de exámenes paraclínicos pueden ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica.
- En los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deben anexarse a la historia clínica. Las imágenes diagnósticas se entregan al paciente, explicándole la importancia de ser

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 8 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

conservadas para futuros análisis. Para el caso de los pacientes ambulatorios, el servicio de imágenes diagnósticas registra en un cuaderno la fecha de la entrega del resultado. Para el caso de pacientes hospitalizados se entregan al servicio que lo solicitó.

- En los casos de reportes de imágenes diagnósticas el prestador de servicios es responsable de estas imágenes, si no ha dejado constancia en la historia clínica de su entrega. Cuando existiere esta constancia firmada por el usuario, es este último el responsable de la conservación de las mismas.
- En los casos de donantes de órganos y/o tejidos, el grupo trasplantador deja registro de las actividades relacionadas con la donación en la historia clínica del donante (aceptación de la donación, mantenimiento del donante, extracción de componentes anatómicos, descripción quirúrgica, profesionales que intervienen, entre otros). La historia clínica es diligenciada por el médico coordinador operativo de la IPS trasplantadora.

7.4 DILIGENCIAMIENTO Y FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Entrar a Dinámica Gerencial.NET y seleccionar la opción Historia Clínica. Ingresar la información del paciente que comprende número del documento que identifica al paciente, nombre, edad del paciente, sexo. Ingreso, cama, tipo de historia, finalidad de la consulta, tipo y número de folio. Después viene la opción de antecedentes, Después diagnóstico y se llena el plan de manejo intrahospitalario donde permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo hospitalario

- Plan de manejo externo: Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo ambulatorio.
- Solicitud de exámenes: Esta opción permite registrar los exámenes correspondientes a la atención del paciente
- Solicitud Procedimientos Quirúrgicos: Esta opción permite registrar los procedimientos quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.
- Solicitud Procedimientos No Quirúrgicos: Esta opción permite registrar los procedimientos NO quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.
- Solicitud Patologías: Esta opción permite registrar las patologías correspondientes a la atención del paciente
- Interconsulta: Esta opción permite acceder a las interconsultas y hacer el registro de ellas.
- Programación de procedimiento quirúrgico: esta opción permite realizar la programación de cirugía de acuerdo a las necesidades de cada uno de los servicios que intervienen.
- Solicitud de tejido de origen humano: esta opción permite a los servicios que se encuentran habilitados e inscritos ante la Red Nacional de Donación y Trasplante realizar la solicitud del tipo de tejido y la cantidad que se requiera para el procedimiento quirúrgico.
- Consulta pre-anestésica: esta opción permite la descripción de la valoración por el servicio de anestesia, en los casos que sean requeridos

Para información más detallada del proceso a seguir para realizar registros en Historia Clínica consulte:

- Anexo 1. Instrucciones para el Registro de Enfermería
- Anexo 2. Instrucciones de Diligenciamiento de la Evolución Médica en Dinámica Gerencial.Net
- Anexo 3. Instrucciones para Realizar Registros en la Historia Clínica Electrónica (DGH.net)
- Anexo 4. Instrucciones para Nota Aclaratoria
- Anexo 5. Instructivo para Realizar un Control de Triage y/o Triage en la Historia Clínica Electrónica (DGH.NET)

El personal que tenga el rol de médico, es quien está autorizado a realizar registros en la historia clínica, de acuerdo al tipo de historia asociado a su especialidad.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 9 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

7.4.1 FORMATOS MEDICOS

Para el ingreso del paciente en los servicios se tienen los siguientes registros de historia clínica electrónica:

- Consulta Urgencias – Trauma
- Consulta Urgencias Adultos
- Consulta Urgencias Ginecobstetricia
- Consulta Urgencias Pediátricas
- Ingreso Medicina Materno Fetal
- Ingreso Pediatría
- Ingreso Uci Pediatría
- Ingreso Primera vez Programa Madre Canguro
- Ingreso Resumen por Fases y Edad Corregida - Programa Madre Canguro
- Ingreso Uci Adultos
- Ingreso Unidad De Quemados – Adultos
- Ingreso Unidad De Quemados – Niños
- Ingreso Unidad Renal

El tipo de letra ya está predefinida y el sistema no permite cambiarla, el folio se graba con el formato de hora militar y fecha, sin permitir alterar esta información.

Para el seguimiento diario del paciente el personal médico utiliza el diseño de historia clínica Evolución Médica, que ha sido derivada para algunas especialidades que requieren personalización:

- Evolución Clínica Del Dolor
- Evolución De Oncología Y Radioterapia
- Evolución Final Terapia
- Evolución Materno Fetal
- Evolución Medica
- Evolución Medica - Cirugía Plástica, Estética y Quemados – Adultos
- Evolución Medica - Cirugía Plástica, Estética y Quemados – Pediátrico
- Evolución Medica - Uci Adultos
- Evolución Medica - Uci Pediátricas
- Evolución Nasofibrolaringoscopia
- Evolución Oftalmología
- Evolución Radiología Intervencionista
- Evolución Soporte Metabólico y Nutricional
- Evolución Terapia
- Evolución Terapia Física
- Evolución Terapia Lenguaje Y/O Fonoaudiología
- Evolución Terapia Ocupacional
- Evolución Terapia Respiratoria

Para realizar notas aclaratorias están definidas los siguientes diseños de historia clínica:

- Nota Aclaratoria
- Nota Aclaratoria Laboratorio Clínico

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 10 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Si requiere más información referente a los formatos de historia electrónica puede consultar **GII-EST-FO-05 Formato Diseño de Historias Clínicas en DGH y Especialidades Asignadas**. Este formato debe ser actualizado por la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de la Información cada vez que se defina un nuevo registro o se inactive alguno de los existentes. Esto aplica para los registros de servicios de consulta externa, rehabilitación, servicios urgencias e internación, unidad de cuidados intensivos y servicios quirúrgicos.

7.4.2 FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA ENFERMERIA.

El sistema de información Dinámica Gerencial.Net tiene el registro de enfermería que permite registro de: control de signos vitales, realizar notas de enfermería, registro de líquidos, glucometrías, valoración Neurológica, actividades de enfermería (Higiene, Actividad y Descanso, Cuidado de la piel, Medidas de Seguridad, Acceso Venoso, Drenajes, Oxígeno Terapia, procedimientos, Cuidado de Recién Nacidos), actividades pre quirúrgicas, control de Ventilación, Control de Ingesta, Control de Medicamentos, Control de Venopunciones, Recuperación, Examen físico, Escala de Dolor, solicitud de insumos, Devolución de Medicamentos, Indicaciones Médicas, Consulta de Antecedentes, Consulta de Resultados, Consulta de Enfermería . Consultar **Anexo 1. Instrucciones para el Registro de Enfermería**

En físico se tiene los siguientes formatos.

- Acogida a Personas Enfermas
- Administración de Medicamentos
- Consentimiento Informado para Procedimientos o Tratamientos
- Control de Administración de Insumos Biomédicos
- Egreso de la Persona Enferma de un Servicio de Hospitalización
- Evaluación de Áreas Quemadas e Injertos
- Ficha de Notificación SIVIGILA
- Formato de Autorización y Aceptación de la Transfusión Sanguínea
- Formato de Revisión y Control Diario de Medicamentos e Insumos Biomédicos
- Hoja de Gastos Cirugía
- Hoja de Gastos de Suturas e Insumos para Quirófanos
- Hoja de Gastos Quemados Unidad de Cirugía Plástica
- Hoja de Recuperación
- Hoja de Registro Anestésico
- Identificación del Riesgo de Caídas Escala de Morse
- Lista de Chequeo de Cirugía Segura
- Lista de Chequeo para Persona en Proceso Quirúrgico
- Monitorización de Líquidos
- Orden de Solicitud de Dispositivos Médicos y Medicamentos
- Orden de Solicitud de Insumos para Curaciones en la Unidad de Quemados
- Orden Médica
- Plan de Cuidado de Enfermería
- Proceso Servicios Quirúrgicos
- Protocolo de Manejo de Transfusión Sanguínea
- Solicitud de Turno para Anestesia
- Tarjeta de Medicamentos
- Valoración de Pre Anestésica
- Manual de Consentimiento Informado

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 11 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

- Declaración de Retiro Voluntario
- Autorización para Necropsia
- Formato de Seguimiento d Gestantes

7.5 USO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS (ANEXO No. 1)

Los términos médicos se usan para introducir precisión y neutralidad emocional en el lenguaje. En su formación intervienen sobre todo raíces griegas o latinas y se construyen combinándolas con prefijos y sufijos de la misma procedencia. Hay todo tipo de combinaciones: raíces solamente (tifus), prefijos y raíces (endocardio), raíces y sufijos (sarcomatosis), o prefijos, raíces y sufijos (hipercolesterolemia). Su significado se puede saber consultando un diccionario médico. Las abreviaciones son recursos para ahorrar tiempo y espacio en el lenguaje, pero su proliferación genera dificultades de comprensión. Su significado se puede conocer acudiendo a un diccionario de abreviaciones médicas. Existen tres grandes grupos de abreviaciones: abreviaturas, siglas y símbolos

a. La abreviatura es la representación de una palabra o de las palabras de una frase por alguna o algunas de sus letras, la primera de las cuales ha de ser la inicial de la palabra abreviada. Las abreviaturas conservan el género y el número de la palabra completa (la a.c: la auscultación cardiaca).

b. La sigla es un caso particular de abreviatura. Es una forma de abreviación consistente en la formación de una palabra mediante las letras o las sílabas iniciales, (HPV, herpes papiloma virus). Se omiten las partículas a, de, y, con, el, la: UVI, unidad de vigilancia intensiva; FUR, fecha de la última regla. No llevan punto abreviativo, se escriben en mayúscula, no se añade la letra ese (S) para el plural y se pueden leer como palabras (UVI, FUR); como sucesión de letras (CTX, ce-te-equis; HIV, hache-i-ve); en forma completa, como si la palabra no estuviese abreviada (DMNID, diabetes mellitus no insulino dependiente; BCRD, bloqueo completo de rama derecha.)

c. Un acrónimo es un caso particular de sigla, es la palabra o un vocablo formado al unir parte de dos palabras. Ej.: telemática

d. Los símbolos son abreviaciones que responden a una convención internacional establecida por organismos competentes. El símbolo es un signo gráfico que en la ciencia y la técnica representa una palabra, un sintagma o un valor. No llevan nunca punto abreviativo (excepto si es el final de una frase que sí llevan punto), ni ninguna letra que indique el plural. Se escriben en minúscula, excepto los que derivan de un nombre propio y el litro, que tiene doble grafía l y L.

Si acompañan a números debe existir un espacio entre el número y el símbolo (25 mm, no 25mm, 39 C, no 39C). Pueden encontrarse símbolos: del Sistema Internacional de Unidades que corresponden a unidades de medida, como g por gramo o gramos, min, por minuto o minutos. De otras áreas, científicas o no, sancionadas internacionalmente o por su uso en la bibliografía. Así mismo, de elementos químicos y de unidades monetarias. Las notaciones horarias se utilizan para una indicación horaria o duración de un hecho. En la indicación horaria, ya sea mediante la notación de 24 horas o de 12 horas, se escriben las horas y los minutos separados por dos puntos o por un punto (nunca coma), seguido o no por el símbolo h (hora). Para indicar la duración de un hecho los símbolos son h, para las horas, min, para los minutos y s para los segundos.

7.6 PROCEDIMIENTO DE REGISTRO Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

Dando cumplimiento a la resolución 3951 de 2016 por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones la ese Hospital Universitario de Santander definido el procedimiento **GI-MI-PR-02 Procedimiento de Registro y Evaluación de los Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud.**

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 12 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

7.7 ALMACENAMIENTO O ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA FÍSICA

El operario de estadística recibe las historias clínicas físicas entregadas por los diferentes servicios de la ESE HUS, posteriormente realiza el cargue manual de la Historia clínica física en el sistema RES16 para que quede con ingreso al área de estadística y se verifican los soportes. Si se encuentra algún faltante se hace una relación de los documentos faltantes y se le comunica al jefe de estadística, luego, el operario encarpeta la historia clínica y la marca registrando el año de atención, nombres, apellidos y número de historia clínica y la entrega al operario de archivo quien archiva las Historia Clínica en sus respectivos estantes establecidos por los tres últimos dígitos del documento de identidad del paciente.

Si el paciente ya posee Historia Clínica, se agregan los documentos en el sitio que tenga en archivo verificando su capacidad en la carpeta para la totalidad de los documentos; en el evento de no tener capacidad la carpeta antigua, se agrega una nueva en el mismo lugar y registra por número consecutivo 1,2,3.

Para información más detallada consulte **GII-EST-PR-03 Procedimiento de Archivo y Custodia de Historias Clínicas**.

7.7.1 MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN HISTORIA CLINICA

La ESE, ha adoptado la utilización medios físicos o técnicos como computadoras, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Tanto los programas automatizados implementados para el manejo de las Historias Clínicas, como los equipos y soportes documentales, están provistos de mecanismos de seguridad, que imposibilitan la incorporación de modificaciones a la Historia Clínica una vez se registren y guarden los datos. Se garantiza protección de la reserva de la historia clínica mediante mecanismos que impiden el acceso de personal no autorizado para conocerla y adopción de medidas tendientes a evitar la destrucción de los registros en forma accidental o provocada. La identificación del personal responsable de los datos consignados se realiza mediante códigos, ligados a la firma de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.

7.7.2 CUSTODIA

La custodia de la historia clínica es responsabilidad de la institución que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo. El archivo de historias clínicas física es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, lo cual debe garantizar la custodia de la historia clínica. Conservándolas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. La ESE HUS es responsable de la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado. El acceso a la historia clínica, se realiza en los términos previstos en la Ley: El Hospital cuenta con un procedimiento de archivo y custodia de la Historias Clínicas (**GII-EST-PR-03 Procedimiento de Archivo y Custodia de Historias Clínicas**).

7.7.3 RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 15 años contados a partir de la fecha de la última atención. Cinco (5) años en el archivo de gestión y Quince (10) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, deberá informarse al archivo central. Para las historias clínicas de víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llegare a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 13 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

necesarios. Cumplidos dichos términos, el hospital debe coordinar la ejecución de los procesos técnicos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en la norma en lo referente a su eliminación.

7.7.4 CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

El archivo de historias clínicas se conserva en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los derogan, modifiquen o adicionen.

El archivo de historias clínicas se encuentra ubicado en la sede principal de la ESE HUS, en el área de estadística.

Las historias clínicas se encuentran agrupadas en carpetas legajadas con gancho plástico. Las unidades de almacenamiento (carpetas) son elaboradas a base de cartón. Se utiliza estantería fija para la organización de las historias, garantizando la manipulación de las mismas

7.7.5 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley:

- El usuario.
- El equipo de salud.
- Las autoridades judiciales y salud en los casos previstos en la Ley.
- Las demás personas determinadas en la ley.

El acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

El Hospital Universitario de Santander – HUS recolecta y almacena datos personales exclusivamente para realizar las actividades propias a la prestación de servicios de salud. Por lo anterior, requiere obtener la autorización del usuario para que, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, le permita a la Institución recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos.

Así mismo, con fundamento en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, el HUS queda autorizado de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento y en lo definido en la **Política de Tratamiento de Datos Personales (Resolución 172 de 2014)**, salvo que el usuario manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito según el procedimiento establecido en dicho documento.

Para el control de acceso de la información consignada en el software administrativo y clínico, las restricciones se realizan desde el administrador de usuarios en el software:

- Se establecen los perfiles de los usuarios creando grupos de trabajo
- Se identifican las necesidades del usuario de cada estación, según las funciones que desempeña
- Cada uno de los usuarios establece la clave de acceso, la cual solo es conocida por él
- Se capacita al usuario sobre la responsabilidad de compartir la clave de acceso
- Periódicamente se evalúa el acceso de los usuarios al sistema y se identifican nuevas necesidades y fallas en el procedimiento de seguridad

7.8 CONTINGENCIA PARA LA HISTORIA CLÍNICA

Cuando se presenten fallas en el sistema informático de la Empresa, se recurrirá al diligenciamiento manual de la Historia; para ello cada servicio está dotado de papelería marcada como contingencia la cual cumple con las especificaciones requeridas para la historia. Luego de reestablecido el sistema informático de la Empresa, el

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 14 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

profesional debe actualizar la información en la historia clínica del paciente, procedimiento que se debe llevar a cabo en el mismo mes que se presentó el evento. **Ver GII-SIS-MA-01 Manual Plan de Contingencia.**

7.9 COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS

7.9.1 DEFINICIÓN

Defínase el comité de Historias Clínicas como el conjunto de personas que, al interior de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia Clínica. Para mayor información de comité Historias Clínicas consultar la **Resolución 457 de septiembre 2016.**

7.9.2 FUNCIONES GENERALES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Promover en la Institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar por que estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- Elevar a la gerencia y al Comité Técnico-científico, recomendaciones sobre lo formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en el consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración funcionamiento del archivo de Historias Clínicas

7.9.3 INTEGRANTES

El Comité de Historias Clínicas de la Empresas Social del Estado Hospital Universitario de Santander, queda conformado de la siguiente manera:

- Gerente o su Delegado quien lo Presidirá
- Subgerente Médicas
- Subgerente Servicios de Enfermería
- Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Jefe Oficina Asesora de Calidad
- Profesional Especializado Unidad Funcional Apoyo Tecnológico y de Información
- Profesional Universitario Estadística

7.10 REVISIÓN DE LA CALIDAD DE HISTORIAS CLÍNICAS

Los auditores médicos acceden a la historia clínica y revisan si están usando adecuadamente los acrónimos, la calidad de la historia clínica, la adherencia a la guía de manejo primera causa de morbilidad en el servicio; conforme al **Manual de Evaluación de la Calidad de la Historia Clínica Médica y Aplicación de las Guías de Manejo ADM-M-01**

El auditor correspondiente realiza la respectiva consolidación de los hallazgos más representativos de la calidad de la historia clínica en un informe y hace entrega de este en original con soportes al subgerente correspondiente, y copia del informe al coordinador de auditoría médica.

 <p>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</p>	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 15 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Ley 10 de 1990. El ministerio de salud dicta norma de estricto cumplimiento para las entidades que integran el sistema nacional de salud
- Ley 23 de 1981 Artículos,33,34,35 y 36, por la cual se dictan normas en materia de ética medica
- Resolución 1995 de 1999, establece las normas para el manejo de la historia clínica.
- Ley 734 de 2002, por la cual se expide el Código Único Disciplinario.
- Ley 594 de 2000, por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivo.
- Ley 1122 del 2007, estable las modificaciones en el sistema general de seguridad social de salud.
- Decreto 313 de 2008, por medio del cual se reglamente parcialmente la Ley 1122 de 2007.
- Ley 1581 de 2012 estable el régimen general de protección de Datos Personales
- Decreto 1377 de 2013 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.
- Resolución 0839 de 2017 por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones
- Decreto 2493 de 2004: Con el cual se regula la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos de trasplante o implante de los mismos en seres humanos. También se crea la Red de Donación y Trasplante y se dispone su funcionamiento.
- Resolución 2640 de 2005: Se establecen los requisitos de inscripción para bancos de tejido, médula ósea e IPS con programa de trasplantes ante las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Trasplante.
- La Ley 1438 de 2011: reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, capítulo VII, artículo 112, párrafo transitorio, estableció que la Historia Clínica Única Electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013. Esta tendrá plena validez probatoria
- Ley 1805 de 2016: La presente ley tiene por objeto ampliar la presunción legal de donación de componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 2003. (28, mayo, 2014). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá. 2014. p. 22 y 201.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. (Octubre, 2011). Bogotá. 2014
- Modelo Estándar de Control Interno Colombiano MECI 1000:2014

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. LISTADO DE ACRONIMOS ESE HUS

N°	SIGLA	DEFINICIÓN
1	AB	ANTIBIOTICO
2	ABD	ABDOMEN
3	ACM	ARTERIA CEREBRAL MEDIA
4	ACV	ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
5	AINES	ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
6	ALAT	ALANINAMINOTRANSFERASA
7	ANAS	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES
8	AP	ANTERO POSTERIOR
9	APP	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO
10	ARO	ALTO RIESGO OBSTETRICO
11	ASA	ACIDO ACETIL SALICILICO
12	AU	ALTURA UTERINA
13	HCG	HORMONA GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA
14	BK	BACILOSCOPIA
15	BUN	NITROGENO UREICO EN SANGRE
16	CA	CARCINOMA
17	CC	CUADRO CLINICO
18	CH	CUADRO HEMATICO
19	CMS	CENTIMETROS
20	CSV	CONTROL DE SIGNOS VITALES
21	CSV-AC	CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
22	CVC	CATETER VENOSO CENTRAL
23	CX	CIRUGIA
24	DAD	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA
25	DER	DERECHO
26	DM	DIABETES MELLITUS
27	DR	DOCTOR
28	DX	DIAGNOSTICO
29	EAOC	ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA CRONICA
30	ECO DOPPLER	ECOGRAFIA DOPPLER
31	ECO TE	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO
32	ECO TT	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
33	ECV	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

34	EDA	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
35	EEG	ELECTROENCEFALOGRAMA
36	EF	EXAMEN FISICO
37	EG	EDAD GESTACIONAL
38	EKG	ELECTROCARDIOGRAMA
39	EMH	ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA
40	EPOC	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
41	EPS	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD
42	ERC	ENFERMEDAD RENAL CRONICA
43	ERGE	ENFERMEDAD REFLUJO GASTROESOFAGICO
44	ETS	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL
45	EVDA	ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS
46	FARVR	FIBRILACION AURICULAR CON RESPUESTA VENTRICULAR RAPIDA
47	FBC	FIBROBRONCOSCOPIA
48	FC	FRECUENCIA CARDIACA
49	FC	FRECUENCIA CARDIACA
50	FCF	FRECUENCIA CARDIACA FETAL
51	FEVI	FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO IZQUIERDO
52	FR	FRECUENCIA RESPIRATORIA
53	FTA-ABS	ABSORCION DE ANTICUERPOS FLURESCENTES
54	FUM	FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN
55	PS	PRESION SANGUÍNEA
56	GPCAEV	GESTACION PARTOS ABORTOS CESAREAS VIVOS
57	GR	GLOBULOS ROJOS
58	GRE	GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS
59	GU	GASTO URINARIO
60	HB	HEMOGLOBINA
61	HBA1C	HEMOGLOBINA GLICOSILADA
62	HC	HISTORIA CLINICA
63	HPAF	HERIDA POR ARMA DE FUEGO
64	HPB	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA
65	HTA	HIPERTENSION ARTERIAL
66	HTAG	HIPERTENSION ARTERIAL GESTACIONAL
67	HUA	HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL
68	HVDA	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS
69	HVDB	HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS BAJAS
70	HX	HERIDA

71	IAM	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
72	ICC	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
73	IDX	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
74	INR	INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO
75	IOT	INTUBACION OROTRAQUEAL
76	IV	INTRAVENOSO
77	IVU	INFECCION DE VIAS URINARIAS
78	LA	LIQUIDOS ADMINISTRADOS
79	LA/LE	LIQUIDOS ADMINISTRADOS/LIQUIDOS ELIMINADOS
80	LAB	LABORATORIO
81	LBA	LAVADO BRONCOALVEOLAR
82	LCR	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
83	LE	LIQUIDOS ELIMINADOS
84	LES	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
85	LEV	LIQUIDOS ENDOVENOSOS
86	LLA	LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA
87	LLC	LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA
88	LMA	LEUCEMIA MIELOCITICA AGUDA
89	LMC	LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA
90	LR	LACTARO RINGER
91	MID-MII-MSD-MSI	MIEMBRO INFERIOR DERECHO, MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO
92	MNB	MONONEBULIZACIONES
93	NAC	NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
94	NO POS	NO INCLUIDO EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
95	NVO	NADA VIA ORAL
96	OD	OJO DERECHO
97	OI	OJO IZQUIERDO
98	PC	PERIMETRO CEFALICO
99	PCA	ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE
100	PCR	PROTEINA C REACTIVA
101	P.O	PARCIAL DE ORINA
102	PINRL	PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ
103	PL	PUNCION LUMBAR
104	POP	POSTOPERATORIO
105	PSA	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
106	TP	TIEMPOR DE PROTROMBINA

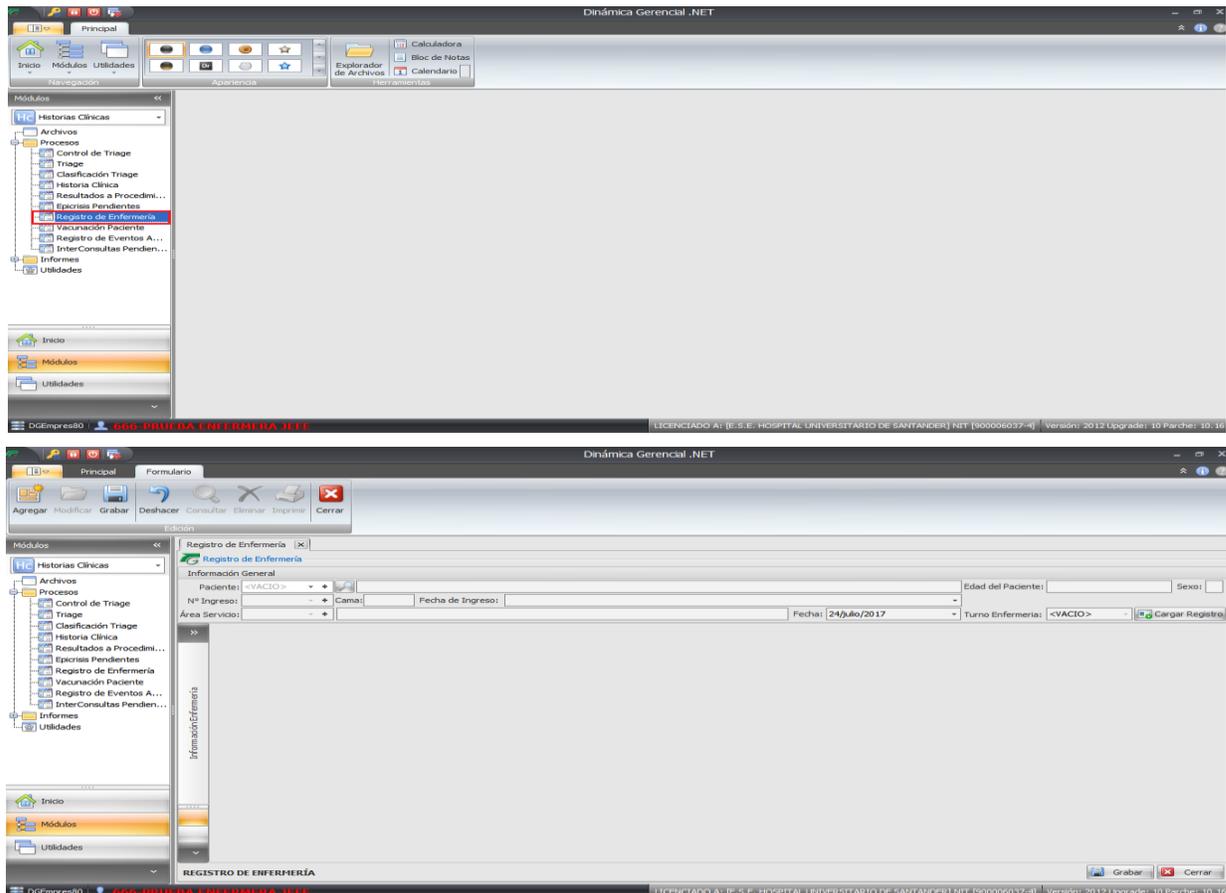
107	TPT	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA
108	PVC	PRESION VENOSA CENTRAL
109	RAT	REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL
110	RCIU	RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
111	RCP	REANIMACION CEREBROCARDIO PULMONAR
112	RGE	REFLUJO GASTROESOFAGICO
113	RMN	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA
114	RNAT	RECIEN NACIDO A TERMINO
115	RNPT	RECIEN NACIDO PRETERMINO
116	ROT	REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS
117	RPM	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
118	RSCSRS	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS
119	RX	RADIOGRAFIA
120	RXS	REVISION POR SISTEMAS
121	SAOS	SINDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
122	SAT	SATURACION
123	SDRRN	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO
124	SIDA	SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
125	SIND	SINDROME
126	SIRS	SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA
127	SNC	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
128	SNG	SONDA NASOGASTRICA
129	SOG	SONDA OROGASTRICA
130	SS	SE SOLICITA
131	SSN	SOLUCION SALINA NORMAL
132	SV	SIGNOS VITALES
133	T°	TEMPERATURA
134	T2NXMX	CLASIFICACION DE TUMORES UNIVERSAL
135	TA	TENSION ARTERIAL
136	TAC	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA
137	TACAR	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCION
138	TAM	TENSION ARTERIAL MEDIA
139	TAS	TENSION ARTERIAL SISTOLICA
140	TBC	TUBERCULOSIS
141	TEP	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
142	TFG	TASA DE FILTRACION GLOMERULAR
143	THAE	TRASTORNO HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO

144	TPH	TRANSPARIETO HEPATICA
145	TPP	TRABAJO DE PARTO PRETERMINO
146	TVP	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
147	TSH	HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES
148	TTO	TRATAMIENTO
149	TTRN	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO
150	TV	TACTO VAGINAL
151	UCI	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO
152	UGRE	UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS EMPAQUETADOS
153	VDRL	PRUEBA SEROLOGICA PARA SIFILIS
154	VIH	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA
155	VO	VIA ORAL
156	ZN	ZIEHL NEELSEN
157	ASAT	ASPARTATO AMINOTRANSFERASA
158	AD	AGUA DESTILADA
159	CD	CONTROL DE DRENAJES
160	CID	COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA
161	CIV	CATETERES INTRAVASCULARES
162	CPAP	PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VIA AEREA
163	CVP	CATETER VENOSO PERIFERICO
164	EB	ESCALA DE BRADEN
165	EM	ESCALA DE MORSE
166	FIO2	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO
167	FSE	FORMULA SEMIELEMENTAL
168	fr	FRENCH
169	HCT	HEMATOCRITO
170	IU	IRRIGACIÓN URINARIA
171	LC-CX	LISTA DE CHEQUEO PARA CIRUGÍA
172	mm	MILIMETRO
173	mmHg	MILIMETRO DE MERCURIO
174	O2	OXIGENO
175	PAO2	PRESION ARTERIAL DE OXIGENO
176	PGIRHS	PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES
177	SOAT	SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO
178	UCIA	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
179	UCIP	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICA

9.2. ANEXO 2. INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA

A continuación, se exponen los pasos a seguir para realizar el registro de la información por parte de enfermería, esta opción permite ingresar los datos clínicos correspondientes a la atención médica del paciente.

Ingrese al menú Procesos y seleccione la opción Registro de enfermería. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



Paciente: Campo que permite digitar el número del documento que identifica al paciente. Si no lo Recuerda puede consultarlo con ayuda del botón Buscar o con la lupa para poder visualizar los que se encuentren en estado registrado.

Nombre: Campo que permite visualizar el nombre del paciente teniendo en cuenta el número de identificación digitado.

Edad Paciente: Campo que permite visualizar la edad del paciente al momento de la atención.

Sexo: Campo que permite visualizar el sexo del paciente.

Ingreso: Campo que permite seleccionar el número de ingreso asociado al paciente o visualizarlo.

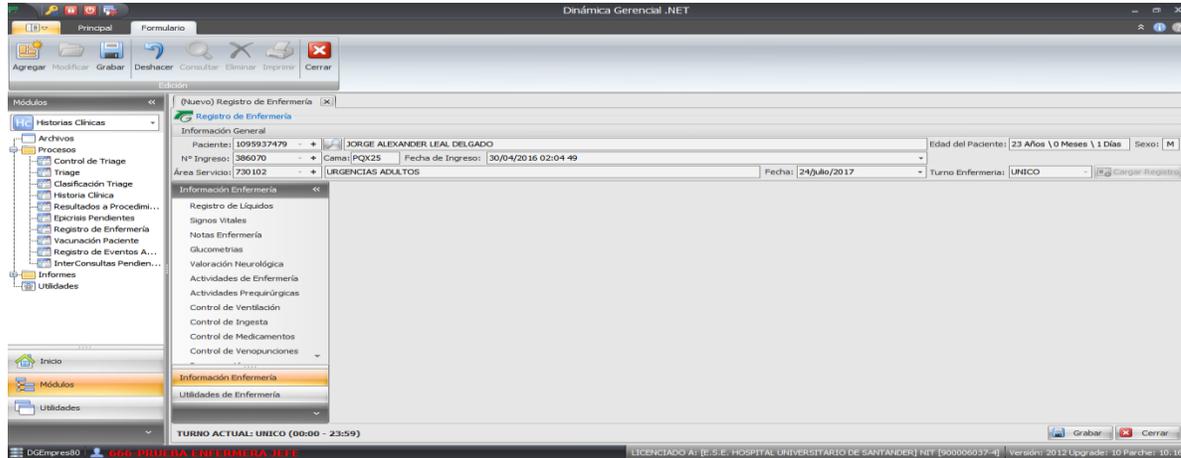
Cama: Campo que permite visualizar el código de la cama en al que se encuentra el paciente en caso de que se encuentre en Hospitalización.

Área Servicio: Campo que permite digitar el código del área de servicio en el cual se ingresó la atención de historia clínica.

Fecha de ingreso: Campo que permite seleccionar la fecha el cual ingreso el paciente.

Turno de enfermería: Campo donde queda registrado el turno que tiene cada usuario, por lo general todos tienen turno UNICO.

Después de capturar la información general se habilita el botón **CARGAR REGISTRO**  haga Clic en él para tener acceso al diseño del modelo del registro de enfermería y realizar el ingreso de la información pertinente. Al realizar Clic en este botón aparece la siguiente pantalla:

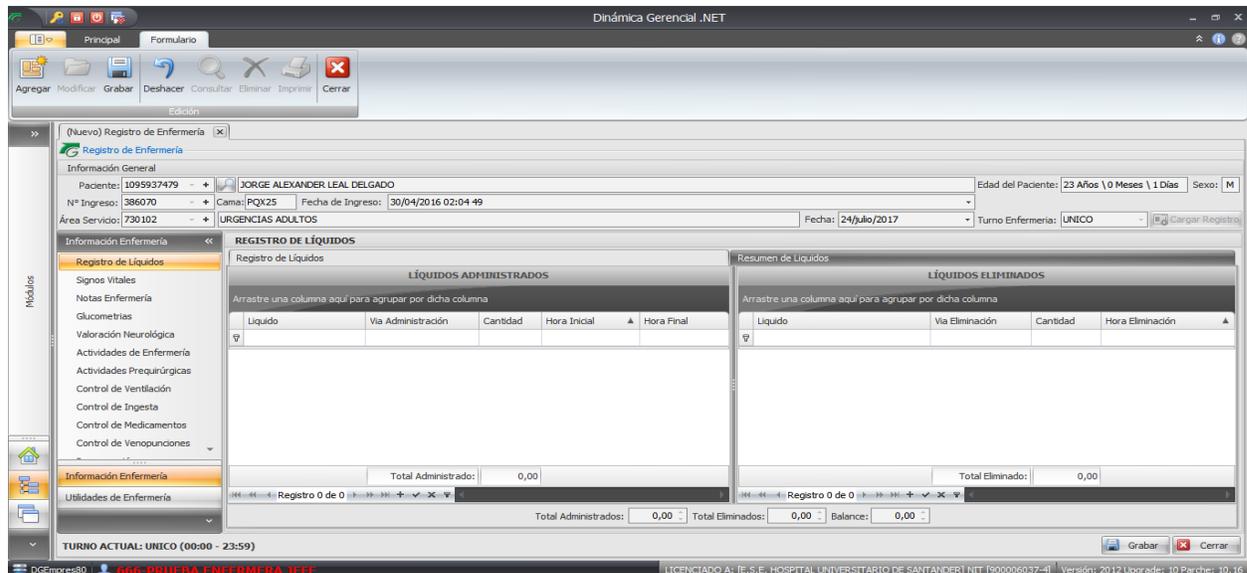


En esta pantalla se observa la información del paciente dividido en dos paneles: Información enfermería, el panel de enfermería. Adicionalmente se muestran diferentes pestañas en el panel de información de enfermería como, por ejemplo: Registro de líquidos, Signos vitales, Notas de enfermería, Glucometrías, Valoración neurológica, Actividades de enfermería, Actividades pre quirúrgicas, Control de ventilación, Control de ingesta, Control de medicamentos, Control de venopunciones, Recuperación, Examen físico, Escala del dolor. Véase Cómo Crear registro de enfermería.

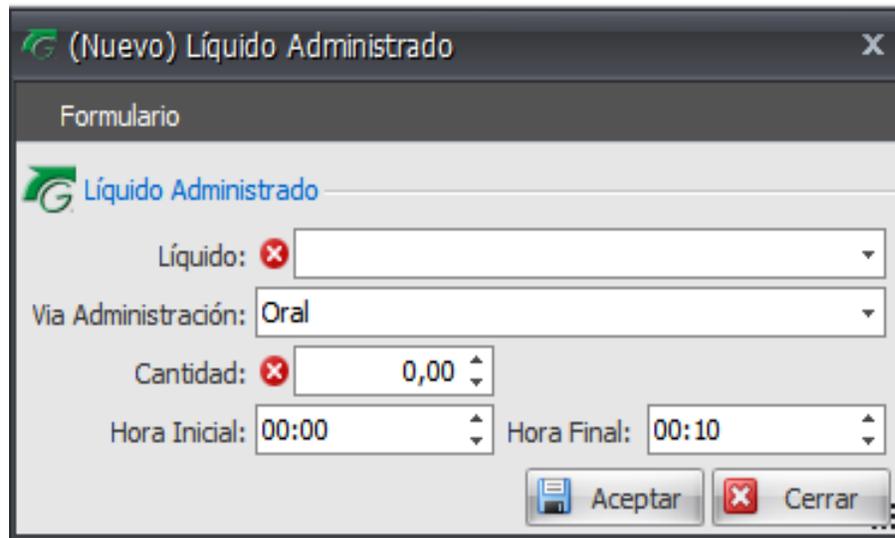
PANEL DE INFORMACIÓN ENFERMERÍA

REGISTRO DE LIQUIDOS:

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo líquidos administrados, derecho líquidos eliminados.



En líquidos administrados dando clic en  permite agregar un líquido para suministrar:



Líquido: Campo que permite seleccionar el tipo de líquido que quiero suministrar al paciente.

Vía administración: Campo que permite seleccionar el tipo o la manera el cual quiero suministrar el líquido.

Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad de líquido a suministrar.

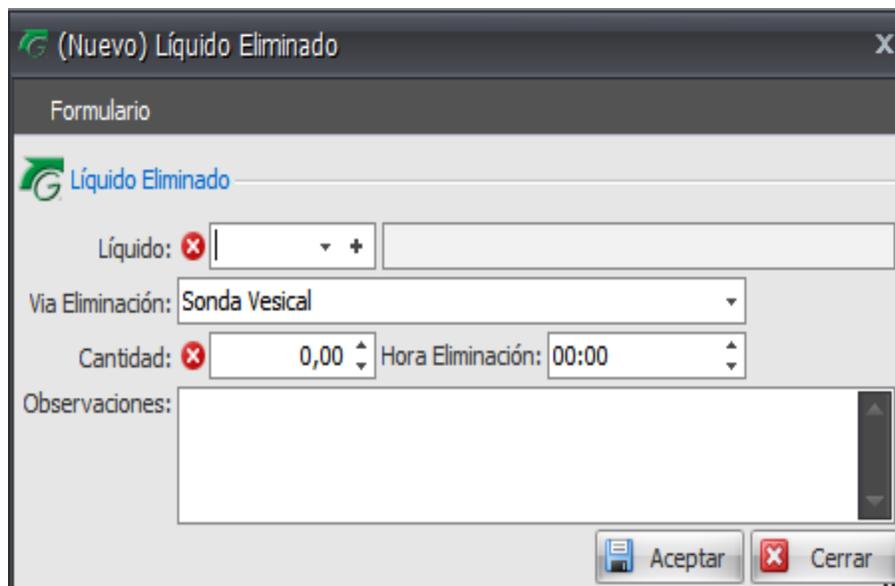
Hora inicial: Campo que permite ingresar la hora de inicio en la cual se suministró el líquido.

Hora final: Campo que permite ingresar la hora final en la cual se suministró el líquido.

Para eliminar un líquido, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

En líquidos eliminados seleccionando  permite agregar un líquido para suministrar:



Líquido: Campo que permite seleccionar el tipo de líquido que quiero suministrar al paciente.

Vía eliminación: Campo que permite seleccionar el tipo o la manera de eliminación del líquido.

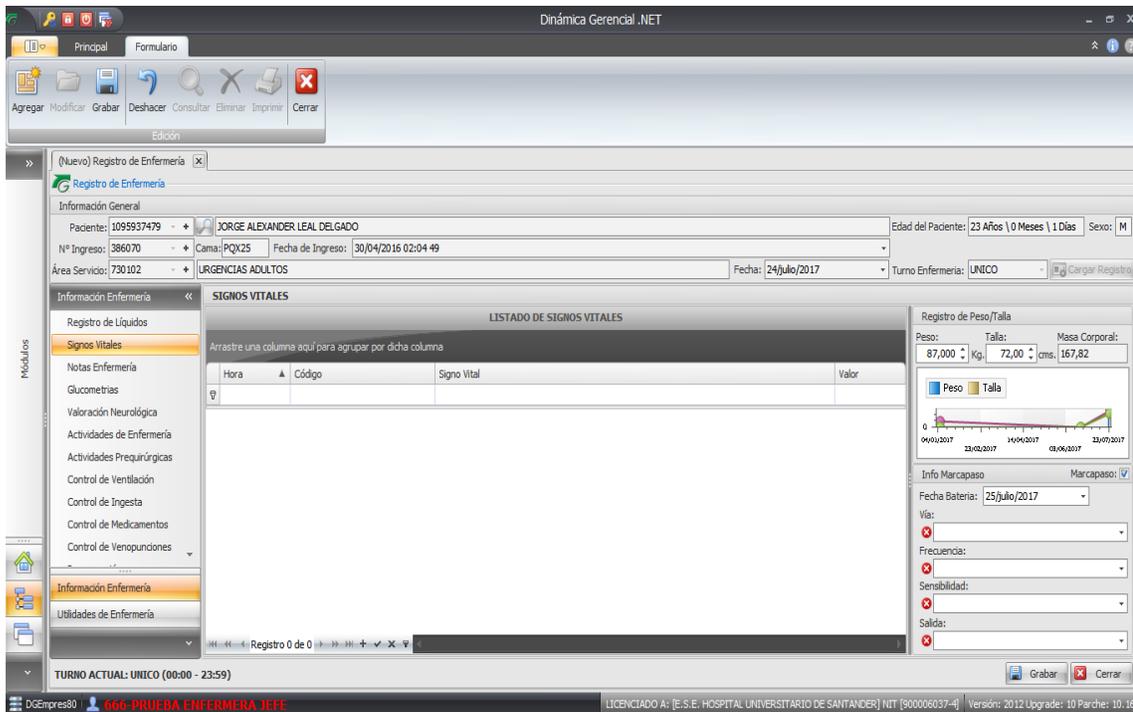
Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad de líquido a suministrar.

Hora eliminación: Campo que permite ingresar la hora en la que se eliminó el líquido.

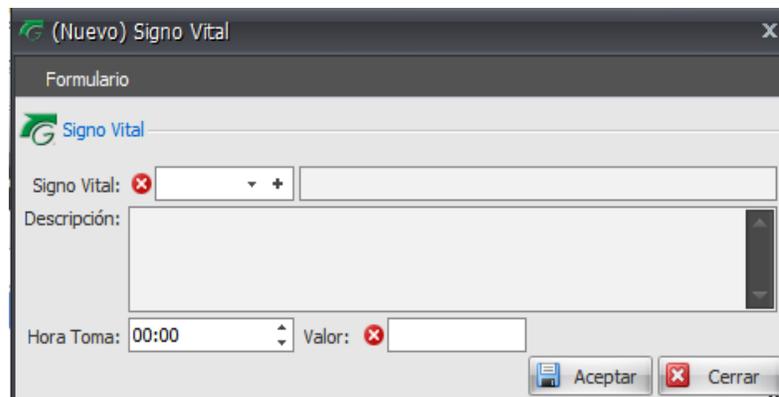
Para eliminar un líquido, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

SIGNOS VITALES:



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de signos vitales, registro de peso/talla esta opción es para los pacientes que tengan marcapaso. En listado de signos vitales puedo seleccionar  y esta opción permite agregar un líquido para suministrar:



Signo vital: Campo que permite seleccionar el signo vital correspondiente al que se toma.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 25 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Descripción: Campo que permite ingresar la descripción correspondiente al signo vital que se toma.

Hora toma: Campo que permite ingresar la hora en que fue tomado el signo vital.

Valor: Campo que permite ingresar el valor que corresponda al signo vital.

Para eliminar unos signos vitales, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

En el panel derecho se encuentra la opción de peso/talla esta opción es para los pacientes que tengan marcapaso lo veremos en la siguiente imagen:

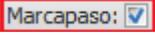


The image shows a software interface titled "Registro de Peso/Talla". It includes input fields for "Peso:" (80,000 Kg.), "Talla:" (1,72 cms.), and "Masa Corporal:" (270416,44). Below these is a line graph with a legend for "Peso" (blue) and "Talla" (yellow), showing data points from 04/01/2017 to 23/07/2017. Underneath the graph is the "Info Marcapaso" section, which has a checked "Marcapaso:" checkbox and several dropdown menus for "Fecha Bateria:" (25/julio/2017), "Vía:", "Frecuencia:", "Sensibilidad:", and "Salida:", each with a red "x" icon indicating it is a required field.

Peso: Campo que permite ingresar el peso del paciente.

Talla: Campo que permite ingresar la talla del paciente.

Masa corporal: Campo que permite visualizar el resultado de la masa corporal.

En esta opción de Información del marcapaso si se marca la casilla  se habilitaran las siguientes opciones.

Fecha de batería: campo que permite ingresar la fecha de la batería.

Vía: campo texto que permite ingresar la vía por donde se encuentra el marcapaso.

Frecuencia: campo texto que permite ingresar la frecuencia del marcapaso.

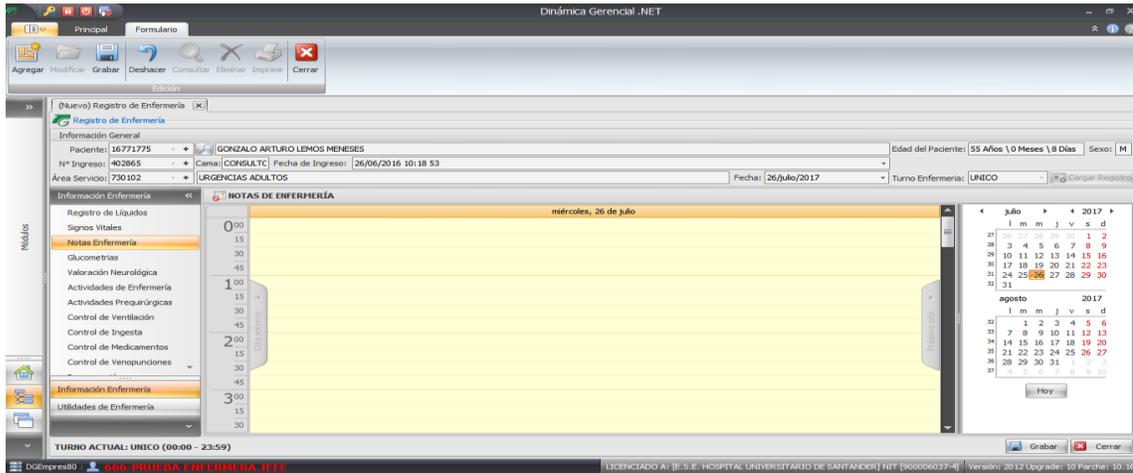
Sensibilidad: campo texto que permite ingresar la sensibilidad del marcapaso.

Salida: campo texto que permite ingresar la salida del marcapaso.

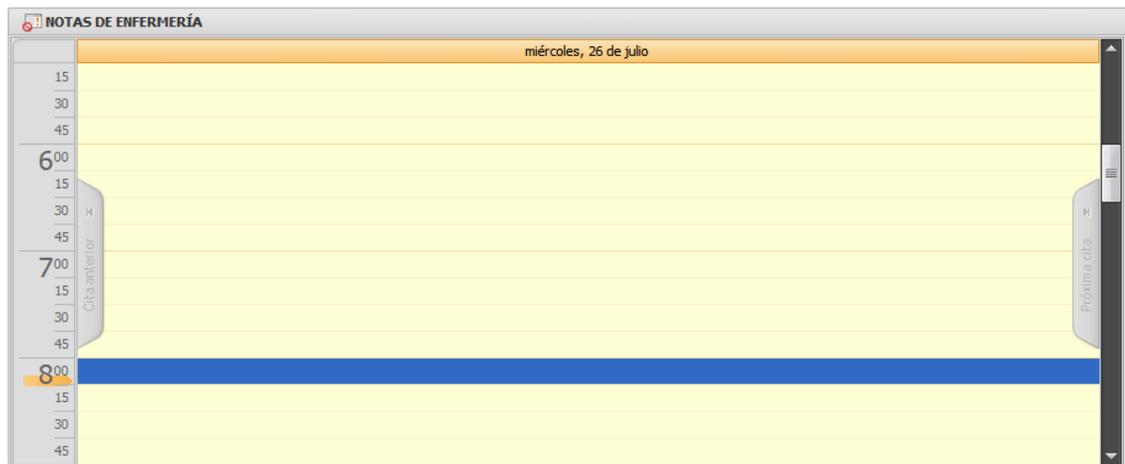
Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

NOTAS DE ENFERMERÍA:

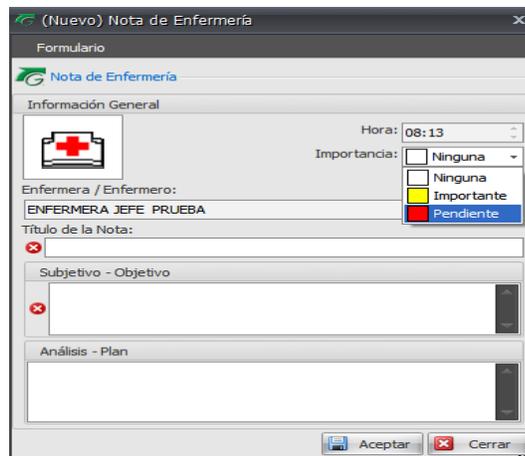
Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo notas de enfermería, en el panel derecho se encuentra un calendario.



A continuación, se muestra como es el funcionamiento de las notas de enfermería:



Para realizar una nota de enfermería el usuario debe pararse y dar doble clic en cualquier parte del panel amarillo, cuando digo en cualquier parte debo resaltar que independientemente de la hora en que yo se pare automáticamente el sistema envía y queda registrada la hora exacta en la cual quiero hacer la nota de enfermería. A continuación, se muestra la ventana en donde el usuario realizará la nota de enfermería:



Hora: campo que permite visualizar la hora en el que se inicia la nota de enfermería. Este campo lo llena automáticamente el sistema.

Importancia: campo que permite ingresar la importancia con la que se quiere hacer la nota de enfermería, esta importancia se muestra en tres colores blanco, amarillo, rojo como se observa en la imagen.

Enfermera/enfermero: campo que permite visualizar nombre del usuario, es decir de quien está haciendo la nota de enfermería.

Título de la nota: campo que permite ingresar el título de la nota.

Subjetivo-objetivo: campo que permite ingresar si es subjetiva u objetiva.

Análisis-plan: campo que permite ingresar el análisis o el plan a seguir.

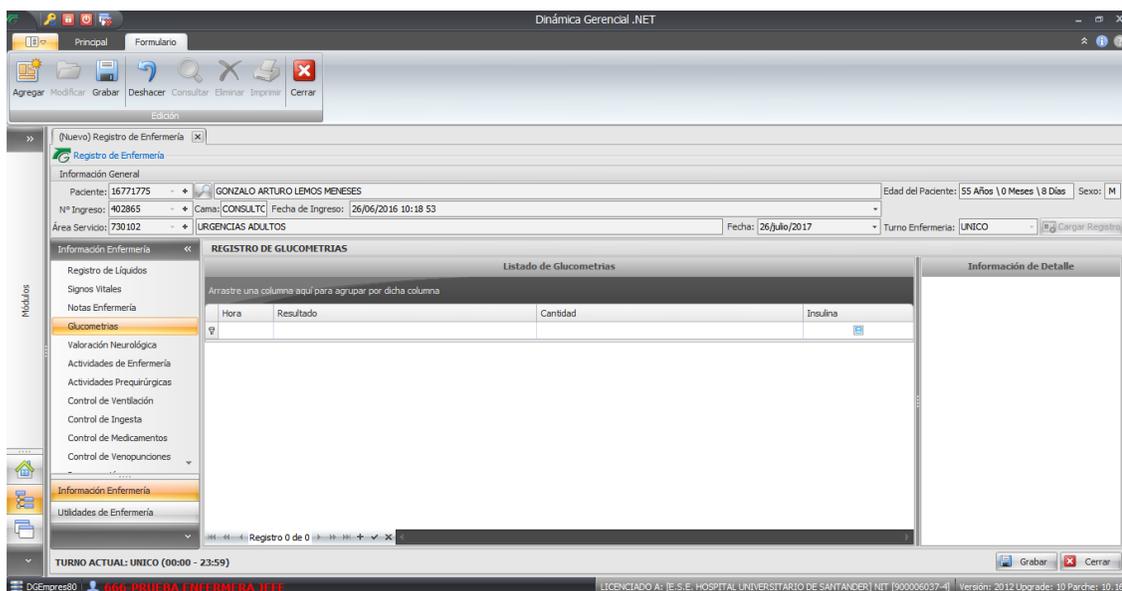
Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

En el panel derecho se encuentra la opción de visualizar un calendario:

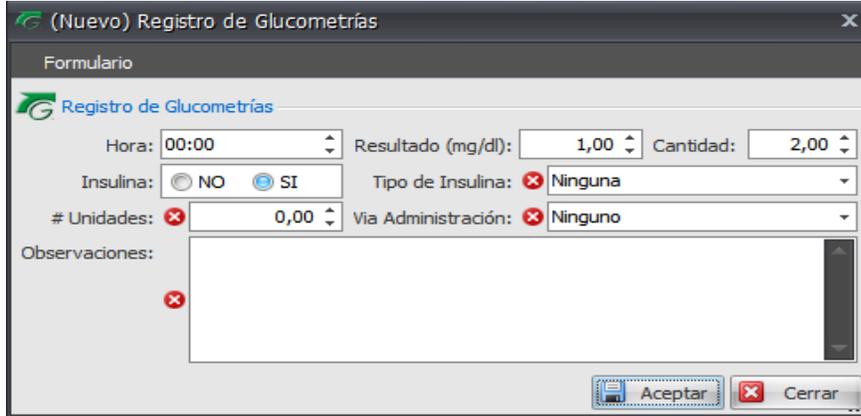


Esta opción calendario permite escoger el día y el mes en el cual quiero hacer la consulta de notas de enfermería que se realizaron en el pasado.

GLUCOMETRÍAS:



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de glucómetros, información de detalle. En listado de glucómetros seleccionando  permite agregar un líquido para suministrar:



Hora: Campo que permite seleccionar el tipo de líquido que quiero suministrar al paciente.

Resultado (mg/dl): Campo que permite ingresar el resultado en mg.

Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad a suministrar.

Insulina: Campo que permite seleccionar NO o SI necesita insulina, si se selecciona la opción SI inmediatamente se habilitaran las siguientes opciones.

Tipo de insulina: Campo que permite seleccionar que tipo de insulina necesita suministrar, las opciones son las siguientes. Cristalina, NPH, 70 30, lantus-glargina, otros, ninguna.

Unidades: Campo que permite ingresar las unidades a suministrar.

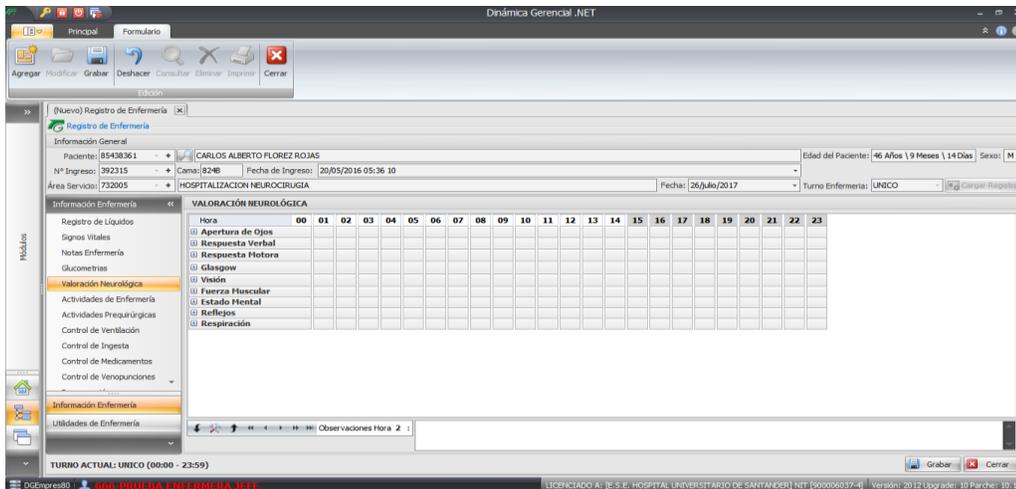
Vía administración: Campo que permite seleccionar la vía de administración, las opciones son las siguientes: vaginal, oftálmica, ótica, intradérmica, otras, todas las vías, ninguno.

Observaciones: campo que permite ingresar algunas observaciones.

Para eliminar una glucometría, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA:



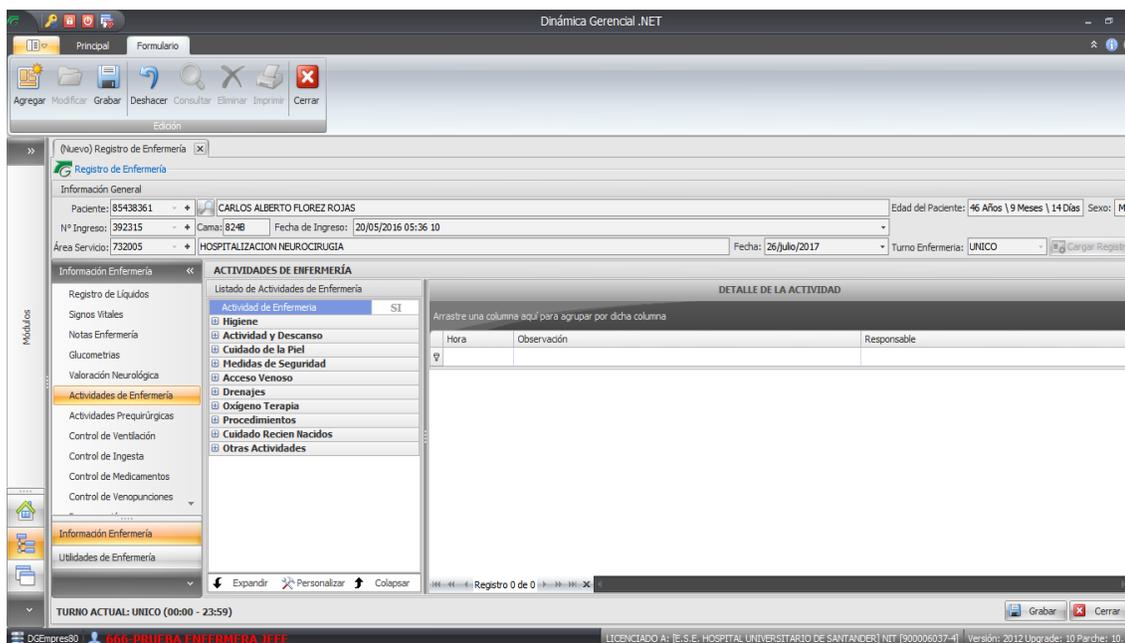
Esta opción permite tener un control muy detallado sobre la valoración neurológica del paciente, a continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dicha valoración neurológica:

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la valoración neurológica teniendo en cuenta la hora en que se valora el usuario con su respectiva opción neurológica que muestra el panel dándole clic a cada cuadro que corresponda, debe así salir un icono de afirmativo  que indica que a esa hora se valoró el paciente.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Apertura de Ojos																									
4 Espontanea																									
3 A La Voz																									
2 Al Dolor																									
1 Ninguna																									
Respuesta Verbal																									
5 Orientada																									
4 Confusa																									
3 Inapropiada																									
2 Incomprensible																									
1 Ninguna																									
Respuesta Motora																									
6 Obedece Ordenes																									
5 Localiza Dolor																									
4 Responde Al Dolor																									

Observaciones Hora 7 :

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:



Esta opción permite tener un control muy detallado de las actividades de enfermería sobre el paciente.

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo actividades de enfermería, detalle de la actividad. A continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dichas actividades de enfermería:

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Listado de Actividades de Enfermería

Actividad de Enfermería	SI
Higiene	
Arreglo Unidad	✓
Baño Cama	
Baño Ducha	✓
Aseo Oral	
Aseo Genital	✓
Otros	
Actividad y Descanso	
Reposo	✓
Deambula	
Sueño	✓
Visita Familiar	
Otros	✓
Cuidado de la Piel	
Cambio Posicion	✓
Lubricacion	

Expandir Personalizar Colapsar

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar dichas actividades de enfermería dando clic a cada cuadro según corresponda, debe así salir un icono de afirmativo  que indica si se le hizo dicha actividad, si no se le hizo nada al paciente se deja en blanco.

En el panel derecho se encuentra la opción detalle de la actividad:

En la siguiente imagen como se puede observar al momento de darle afirmativo al baño cama automáticamente en el panel derecho se activan tres campos.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Listado de Actividades de Enfermería

Actividad de Enfermería	SI
Higiene	
Arreglo Unidad	
Baño Cama	✓
Baño Ducha	✓
Aseo Oral	✓
Aseo Genital	✓
Otros	
Actividad y Descanso	
Reposo	✓
Deambula	
Sueño	
Visita Familiar	
Otros	
Cuidado de la Piel	
Cambio Posicion	
Lubricacion	

Expandir Personalizar Colapsar

DETALLE DE LA ACTIVIDAD (Baño Cama)

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Hora	Observación	Responsable
16:30	se baña todo el cuerpo	ENFERMERA JEFE PRUEBA

Registro 1 de 1

Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se hace la actividad.

Observación: campo el cual permite ingresar alguna observación de la actividad realizada.

Responsable: campo en el cual se visualiza el nombre de quien realizo la actividad. Este campo se llena por defecto.

ACTIVIDADES PREQUIRÚRGICAS:

Esta opción permite tener un control muy detallado sobre las actividades prequirúrgico, a continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dichas actividades:

Principal Formulario

Dinámica Gerencial .NET

Agregar Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar

Edición

(Nuevo) Registro de Enfermería

Registro de Enfermería

Información General

Paciente: 85438361 CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS Edad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \ 14 Días Sexo: M

N° Ingreso: 392315 Cama: 824B Fecha de Ingreso: 20/05/2016 05:36 10

Área Servicio: 732005 HOSPITALIZACION NEUROCIURGIA Fecha: 26/julio/2017 Turno Enfermería: UNICO

Información Enfermería

ACTIVIDADES PREQUIRÚRGICAS

Tipos de Actividad	SI	OBSERVACIONES
Identificación		
Historia Clínica Antigua		
Exámenes Laboratorio		
Imagen Diagnostica		
Reserva de Sangre		
Rasurado		
Retiro de Protesis		
Bata Quirurgical		
Linea Venosa		
Premedicacion		
Enemas		
Ayuno		
Area Operatoria		
Retiro de Esmalte		
Otros		
Baño General		

TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 - 23:59)

Grabar Cerrar

666-PROJENA ENFERMERIA JEFE

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Patches: 10

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la actividad realizada al paciente, dicha actividad que se realiza se marca dando clic a cada cuadro que corresponda, debe así salir un icono de afirmativo . Al lado se encuentra un campo texto, en este espacio el usuario debe llenar las observaciones a la actividad que se le realizo al paciente, solo si es pertinente.

Tipos de Actividad	SI	OBSERVACIONES
Identificación		
Historia Clínica Antigua		
Exámenes Laboratorio		
Imagen Diagnostica		
Reserva de Sangre		
Rasurado		al paciente se le rasura la pierna izquierda
Retiro de Protesis		
Bata Quirurgical		
Linea Venosa		
Premedicacion		
Enemas		
Ayuno		el paciente se encuentra en ayuno desde ayer para la cirugía
Area Operatoria		
Retiro de Esmalte		
Otros		
Baño General		el paciente se le hace un baño general

CONTROL DE VENTILACIÓN:

Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de registros de control, panel derecho encontramos información de detalle.

Principal Formulario

Dinámica Gerencial .NET

Agregar Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar

Edición

(Nuevo) Registro de Enfermería

Registro de Enfermería

Información General

Paciente: 85438361 CARLOS ALBERTO FLOREZ ROJAS Edad del Paciente: 46 Años \ 9 Meses \ 14 Días Sexo: M

N° Ingreso: 392315 Cama: 824B Fecha de Ingreso: 20/05/2016 05:36 10

Área Servicio: 732005 HOSPITALIZACION NEUROCIURGIA Fecha: 26/julio/2017 Turno Enfermería: UNICO

Información Enfermería

CONTROL DE VENTILACIÓN

Listado de Registros de Control

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Hora	Modo Ventilación	Responsable

Información de Detalle

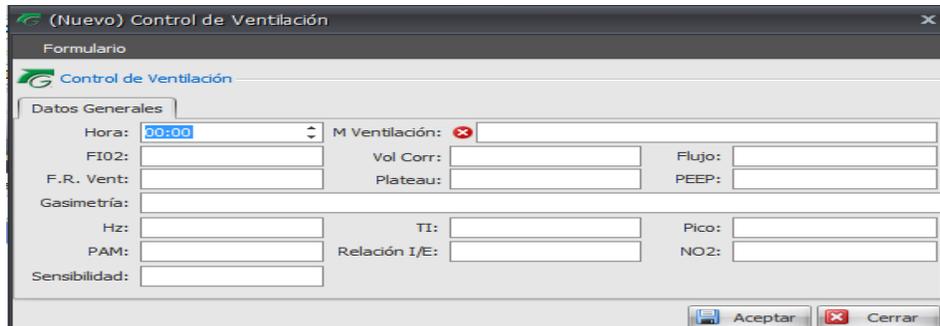
TURNO ACTUAL: UNICO (00:00 - 23:59)

Grabar Cerrar

666-PROJENA ENFERMERIA JEFE

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4] Versión: 2012 Upgrade: 10 Patches: 10

En panel de listado de registros de control seleccionando  permite agregar un nuevo control de ventilación:



Hora: Campo que permite ingresar la hora en que se empieza a controlar la ventilación.

M ventilación: Campo que permite ingresar el modo de ventilación.

FI02: Campo que permite ingresar la fracción inspirada oxígeno.

Vol corr: Campo que permite el volumen corriente de la ventilación mecánica.

Flujo: Campo que permite ingresar el flujo inspiratorio.

F.R Vent: Campo que permite ingresar la frecuencia respiratoria.

Plateau: Campo que permite ingresar la presión medida al final de la fase inspiratoria.

PEEP: campo que permite ingresar la presión positiva al final de la espiración.

Gasometría: campo que permite ingresar la gasometría que es una prueba muy frecuente y fiable que da una idea real de la situación del paciente crítico en un momento concreto.

Hz: campo que permite ingresar la ventilación de alta frecuencia.

TI: campo que permite ingresar el tiempo inspiratorio.

Pico: campo que permite ingresar la presión pico.

PAM: campo que permite ingresar la presión arterial media.

Relación I/E: campo que permite ingresar la relación, entre la duración de la inspiración y la aspiración.

NO2: campo que permite ingresar el dióxido nitrógeno.

Sensibilidad: campo que permite la sensibilidad en la ventilación asistida controlada, esto es un aspecto fundamental en la ventilación para establecer un nivel de sensibilidad apropiado.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

Una vez se llena la información se muestra en los dos paneles la información que se digitó como se observa en la siguiente imagen:

CONTROL DE VENTILACIÓN		
Listado de Registros de Control		Información de Detalle
Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna		
Hora	Modo Ventilación	Responsable
10:54	para controlada por presión	ENFERMERA JEFE PRUEBA

Control 1	
Hora:	10:54
Modo Ventilación:	para controlada por presión
FI02:	xxxx
Volcor:	xxxxx
Flujo:	xxxx
Forven:	xxxx
Peep:	xxx
Plateau:	xxxx
Gasimetría:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxx
Responsable:	ENFERMERA JEFE PRUEBA
Hertz:	xxxxxxxx
Tiempo Inspiratorio:	xxxxxxx

Hora: campo que permite visualizar la hora en la cual se inició el control de ventilación.

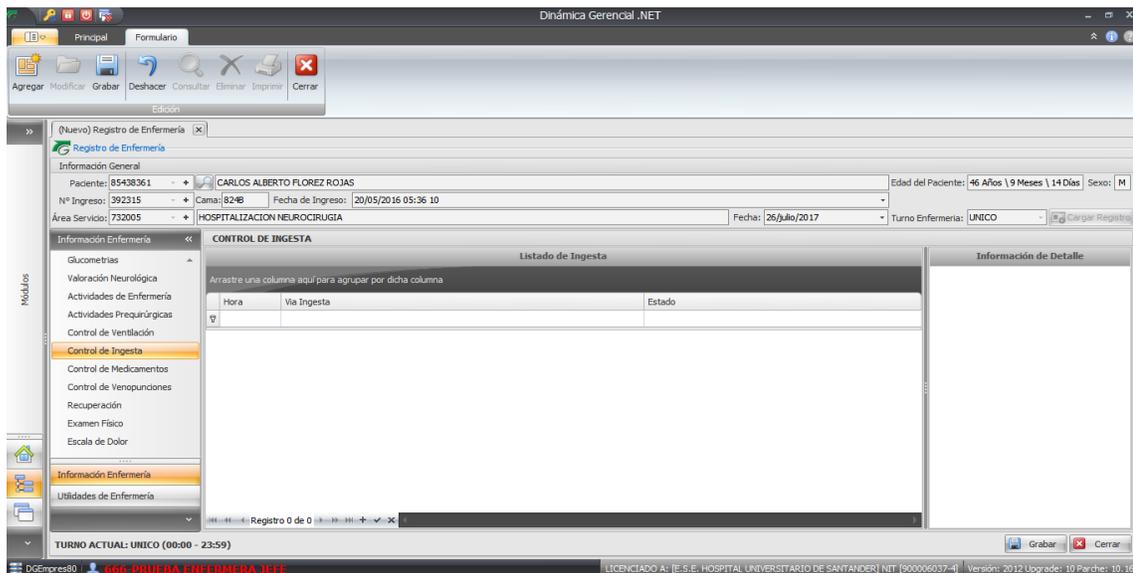
Modo de ventilación: campo que permite visualizar el modo de ventilación que previamente se había puesto.

Responsable: campo que permite visualizar el responsable de ese control de ventilación, cabe resaltar que dicho campo el sistema lo llena por defecto.

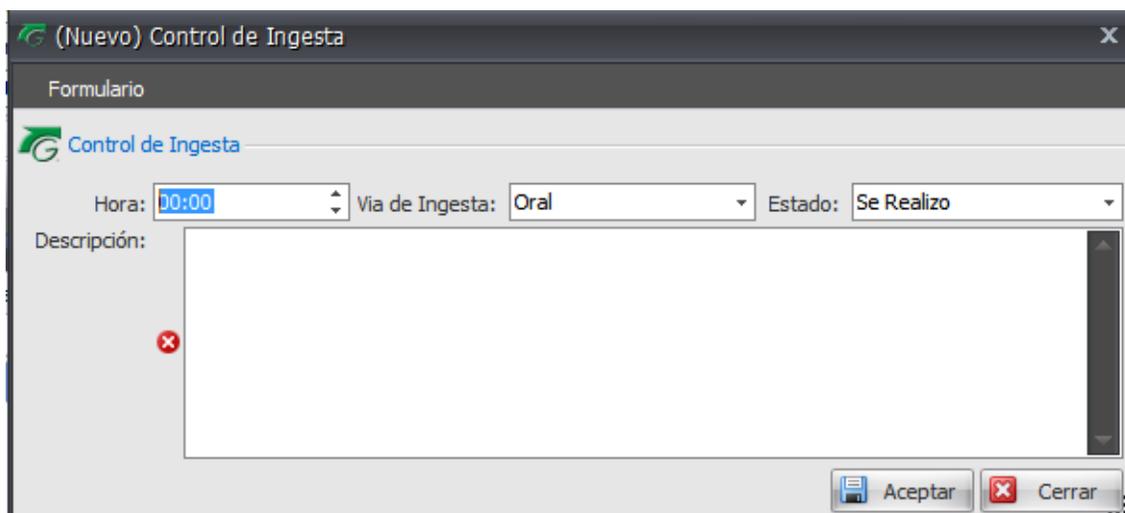
En la imagen también se puede observar como el panel derecho llamado información de detalle muestra toda la información que se llenó previamente.

Para eliminar una glucometría, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

CONTROL DE INGESTA:



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo se encuentra el listado de ingesta, en el panel derecho se encuentra la información de detalle. En el panel de listado de registros de control dando clic en  permite agregar un nueva ingesta:



Hora: campo que permite ingresar la hora de la ingesta.

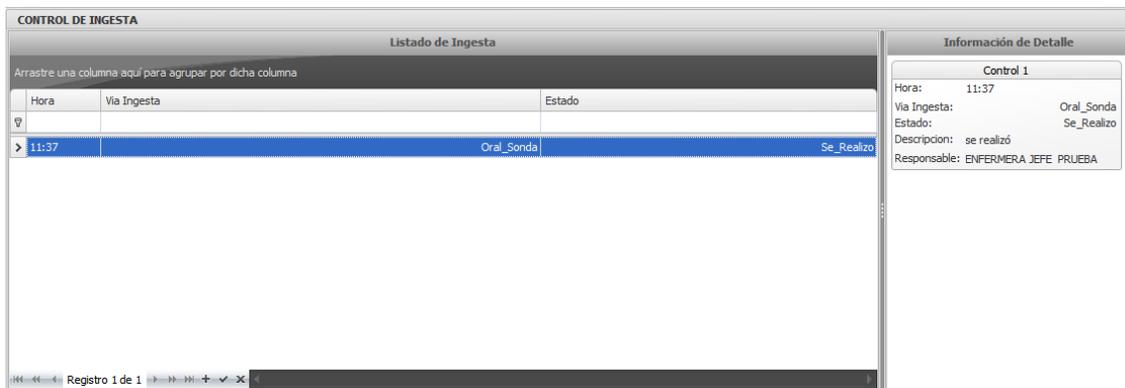
Vía de ingesta: campo de selección que permite escoger alguna de estas opciones dependiendo de la situación: Oral, oral sonda, oral succión, endovenosa, intramuscular, subcutáneo, tópico, infusión, nutrición enteral, nutrición parenteral, inhalatoria, intrarrectal, transdermica, sublingual, vaginal, oftálmica, intradérmica, otras, todas las vías, ninguno.

Estado: campo de selección que permite escoger alguna de estas opciones dependiendo de la situación. Se realizó, no se realizó, rechazo.

Descripción: campo texto que permite ingresar la descripción de la ingesta que se le hace al paciente.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

Una vez se llena la información se muestra en los dos paneles la información que se digitó como se observa en la siguiente imagen:



Hora: campo que permite visualizar la hora en la cual se inició el control de ingesta.

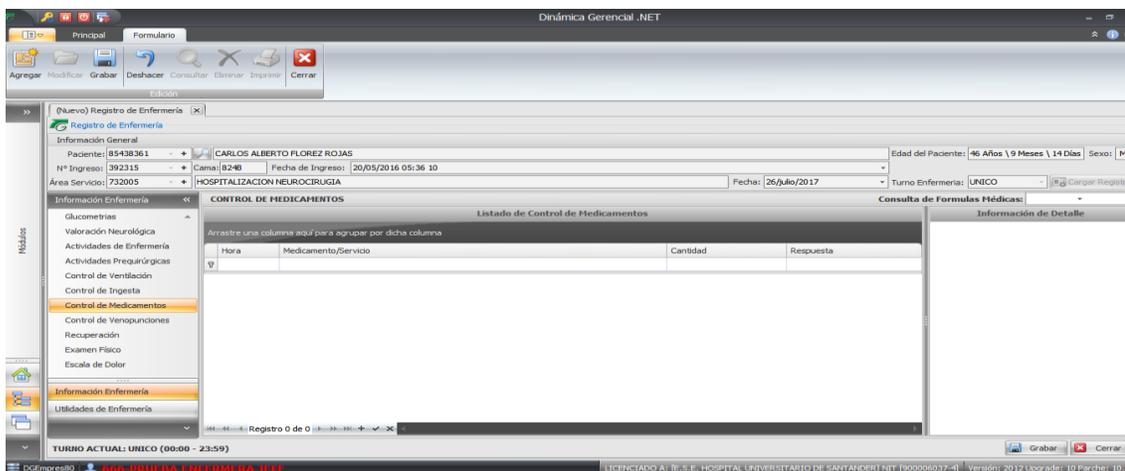
Vía ingesta: campo que permite visualizar la vía de la ingesta.

Estado: campo que permite visualizar el estado de la ingesta.

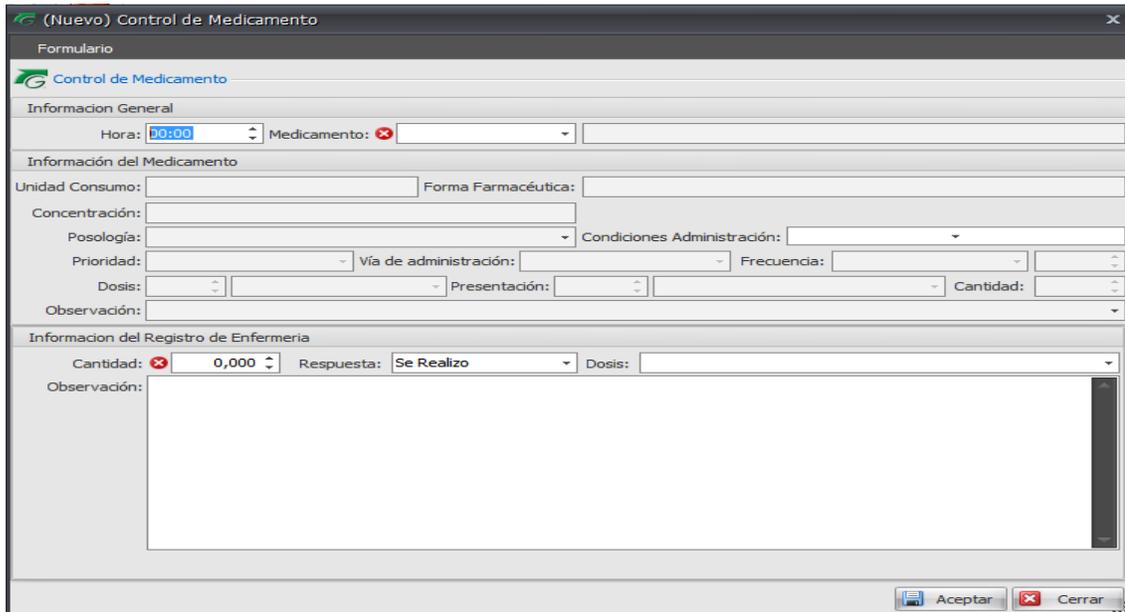
En la imagen también se observa como el panel derecho llamado información de detalle muestra toda la información que se llenó previamente.

Para eliminar una glucómetría, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

CONTROL DE MEDICAMENTOS:



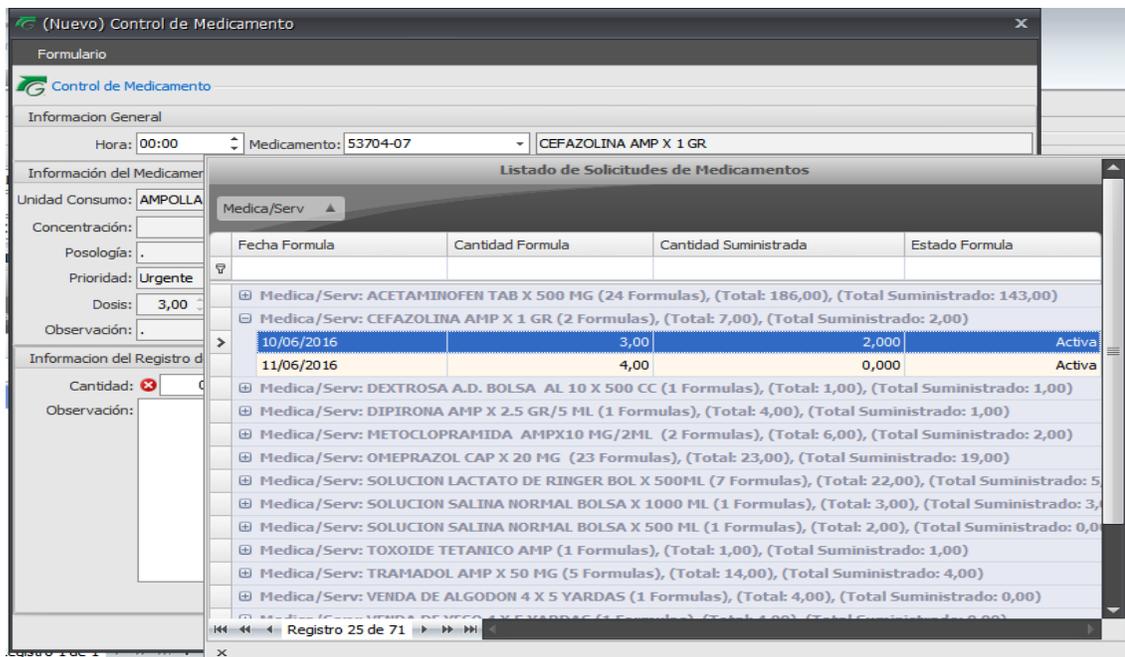
Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado control de medicamentos, panel derecho encontramos información de detalle. En panel de listado de registros de control dando clic en  permite agregar un nueva ingesta:



Este panel de control de medicamentos se divide en tres partes como se muestra la imagen a continuación se explica la función de cada una.

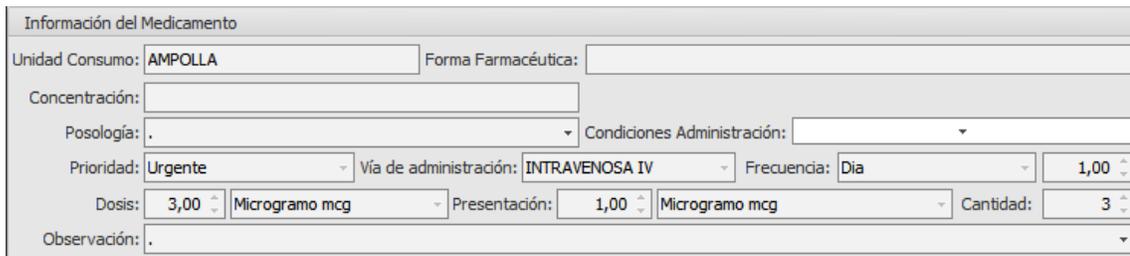
Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se suministró el medicamento al paciente.

Medicamento: este campo a darle clic en  despliega una lista de los medicamentos que están formulados y pendientes por suministrar como también los que ya se suministraron como se observa en la siguiente imagen:



Fecha Formula	Cantidad Formula	Cantidad Suministrada	Estado Formula
Medica/Serv: ACETAMINOFEN TAB X 500 MG (24 Formulas), (Total: 186,00), (Total Suministrado: 143,00)			
Medica/Serv: CEFAZOLINA AMP X 1 GR (2 Formulas), (Total: 7,00), (Total Suministrado: 2,00)			
10/06/2016	3,00	2,000	Activa
11/06/2016	4,00	0,000	Activa
Medica/Serv: DEXTROSA A.D. BOLSA AL 10 X 500 CC (1 Formulas), (Total: 1,00), (Total Suministrado: 1,00)			
Medica/Serv: DAPIRONA AMP X 2.5 GR/5 ML (1 Formulas), (Total: 4,00), (Total Suministrado: 1,00)			
Medica/Serv: METOCLOPRAMIDA AMPX10 MG/2ML (2 Formulas), (Total: 6,00), (Total Suministrado: 2,00)			
Medica/Serv: OMEPRAZOL CAP X 20 MG (23 Formulas), (Total: 23,00), (Total Suministrado: 19,00)			
Medica/Serv: SOLUCION LACTATO DE RINGER BOL X 500ML (7 Formulas), (Total: 22,00), (Total Suministrado: 5,00)			
Medica/Serv: SOLUCION SALINA NORMAL BOLSA X 1000 ML (1 Formulas), (Total: 3,00), (Total Suministrado: 3,00)			
Medica/Serv: SOLUCION SALINA NORMAL BOLSA X 500 ML (1 Formulas), (Total: 2,00), (Total Suministrado: 0,00)			
Medica/Serv: TOXOIDE TETANICO AMP (1 Formulas), (Total: 1,00), (Total Suministrado: 1,00)			
Medica/Serv: TRAMADOL AMP X 50 MG (5 Formulas), (Total: 14,00), (Total Suministrado: 4,00)			
Medica/Serv: VENDA DE ALGODON 4 X 5 YARDAS (1 Formulas), (Total: 4,00), (Total Suministrado: 0,00)			
Medica/Serv: VENDA DE ALGODON 4 X 5 YARDAS (1 Formulas), (Total: 4,00), (Total Suministrado: 0,00)			

En la segunda parte del panel de control de medicamentos se encuentra la información del medicamento:



Unidad consumo: campo que permite visualizar la unidad de consumo por ejemplo si viene en ampolla o tableta etc. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Forma farmacéutica: campo que permite ingresar de qué manera se va o ya se suministró el medicamento.

Concentración: campo que permite ingresar la concentración del medicamento.

Posología: campo que permite ingresar el intervalo de tiempo en el que se administra un medicamento.

Condiciones de administración: campo que permite ingresar una serie de condiciones que al momento de darle clic a la flecha despliega inmediatamente otras opciones para llenar si es necesario, a continuación, se muestra en la imagen:



Prioridad: Campo que permite visualizar la prioridad con la que se suministró el medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Vía de administración: Campo que permite visualizar la vía de administración del medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Frecuencia: Campo que permite visualizar la frecuencia con la que se suministra el medicamento por ejemplo si es por hora o por día etc. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Dosis: Campo que permite visualizar la dosis con la cual se va a suministrar el medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Presentación: Campo que permite visualizar la presentación del medicamento. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Cantidad: Campo que permite visualizar la cantidad del medicamento que le piso el doctor. Este campo se llena por defecto al momento de escoger el medicamento.

Observaciones: Campo que permite ingresar alguna observación si es necesario.

En la tercera parte del panel de control de medicamentos se encuentra la información del registro de enfermería:



Cantidad: Campo que permite ingresar la cantidad suministrada al paciente.

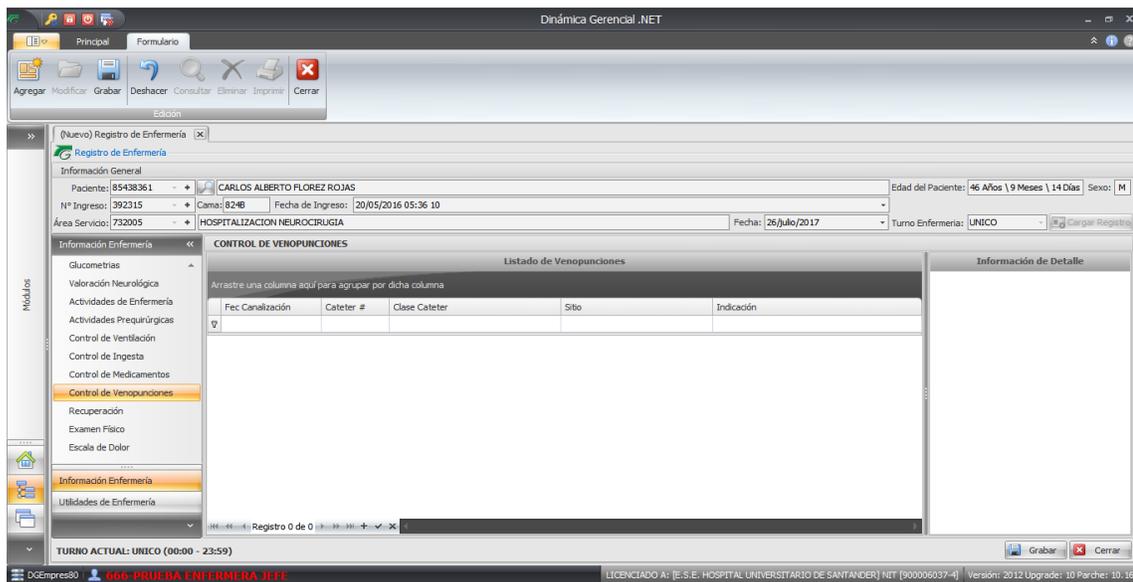
Respuesta: Campo que permite ingresar la respuesta, esto quiere decir si el medicamento se realizó, no se realizó o lo rechazo.

Dosis: Campo que permite ingresar la dosis suministrada.

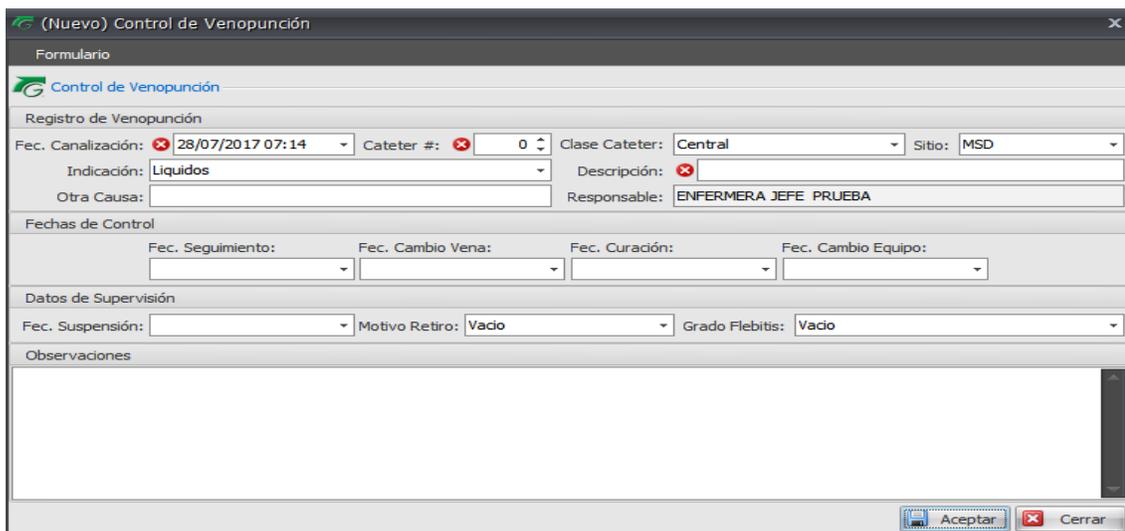
Observación: Campo que permite ingresar alguna observación si es necesario.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

CONTROL DE VENOPUNCIONES:

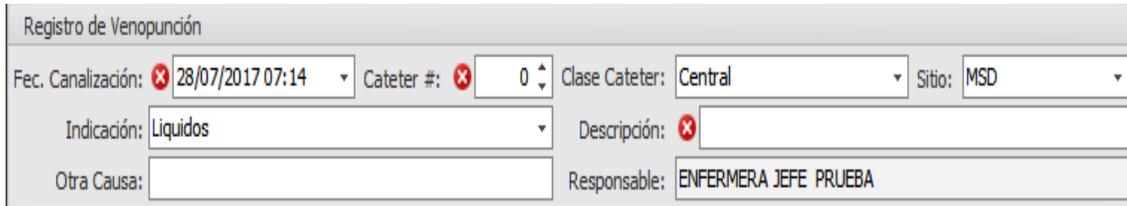


Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de venopunciones, en el panel derecho se encuentra la información de detalle. En panel de listado de registros de control seleccionando  permite agregar a la lista una nueva venopunción:



Este panel de control de medicamentos se divide en tres partes como se muestra la imagen a continuación se explica la función de cada una.

Registro de venopunción:



Fecha Canalización: campo que permite ingresar la fecha y hora de la canalización.

Catéter #: campo que permite ingresar la cantidad de catéter que se usaron.

Clase de catéter: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: centra, femoral, periférico, percutáneo, peritoneal, picc, umbilical.

Sitio: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: MSD, MSI, MII, MID, Y E, yugular izquierdo, yugular derecho, subclavio izquierdo, subclavio derecho, línea arterial, catéter central, catéter central femoral, umbilical venoso, umbilical arterial.

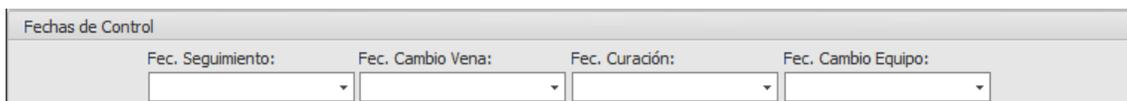
Indicación: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: líquidos, medicamento, electrolitos, transfusión, ahorro proteico, catéter salinizado, liquido + electrolito, liquido + medicamentos, liquido + electrolitos + medicamento, nutrición parenteral.

Descripción: campo que permite ingresar la descripción.

Otra Causa: campo que permite ingresar otra causa.

Responsable: campo que permite visualizar quien realizo la venopunción.

Fecha de control:



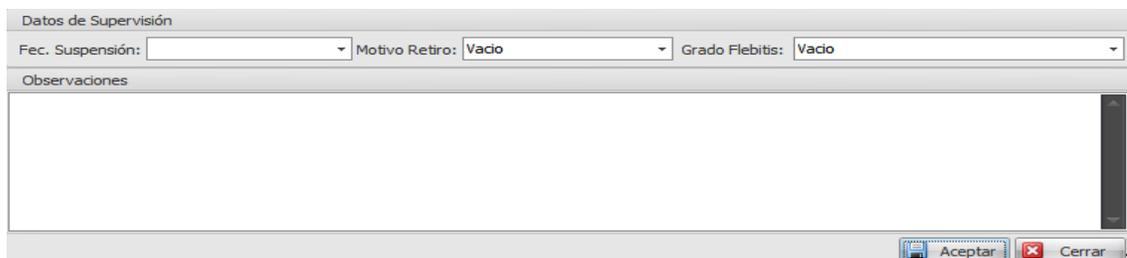
Fecha de control: campo que permite ingresar la fecha y hora en que inicia el seguimiento.

Fecha Cambio vena: campo que permite ingresar la fecha y hora en el que se cambia de vena.

Fecha Curación: campo que permite ingresar fecha y hora en el que se le hace curación al paciente.

Fecha Cambio equipo: campo que permite ingresar fecha y hora en el que se cambia el equipo.

Datos de supervisión:



Fecha Suspensión: campo que permite ingresar la fecha del retiro del catéter.

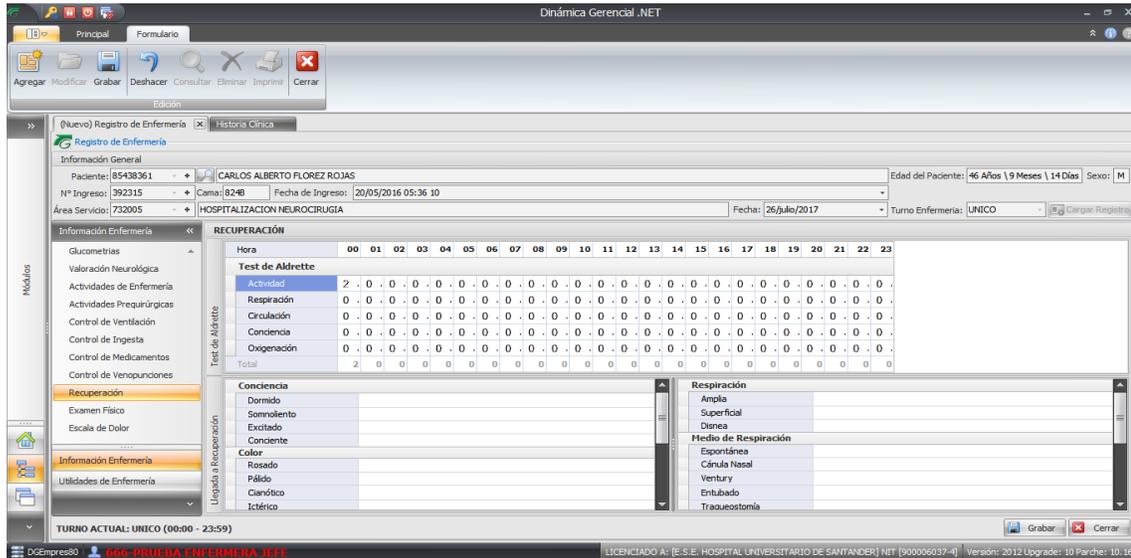
Motivo retiro: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: infiltración, salida por bordes, retiro accidental, oclusión, fin TTO I.V, cambio por fecha, cambio por cvc, flebitis, vacío.

Grado flebitis: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: dolor en el sitio de la venopunción, dolor eritema leve edema, dolor eritema edema endurecimiento <4 cm, dolor edema induración cordón venoso >4 cm, franca trombosis venosa, ninguna, vacío.

Observaciones: campo que permite ingresar alguna observación.

Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

RECUPERACIÓN:



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel de arriba se encuentra test de aldrette, en el panel de abajo se encuentra la llegada a recuperación. Esta opción permite tener un control muy detallado sobre la recuperación del paciente.

A continuación, se explica el funcionamiento del primer panel llamado test de aldrette como se muestra en la imagen:

RECUPERACIÓN		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldrette	Actividad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Respiración	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circulación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conciencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Oxigenación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la actividad realizada al paciente, dicha actividad que se realiza se marca dando clic a cada cuadro según corresponda, debe así salir tres opciones como se muestra en la siguiente imagen:

Actividad

RECUPERACIÓN		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Test de Aldrette	Actividad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Respiración	0	No puede mover las extremidades cuando se le indica												0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circulación	1	Puede mover dos extremidades voluntariamente cuando se le indica												0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conciencia	2	Puede mover las cuatro extremidades voluntariamente cuando se le indica												0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Oxigenación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Respiración

RECUPERACIÓN		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldrette	Actividad	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Respiración	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circulación	0	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conciencia	1	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Oxigenación	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Total	5	6	9	4	9	2	4	5	4	6	4	4	2	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0

Circulación

RECUPERACIÓN		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldrette	Actividad	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Respiración	2	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circulación	0	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conciencia	0	1	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Oxigenación	1	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Total	4	6	4	4	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0

Conciencia

RECUPERACIÓN		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldrette	Actividad	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Respiración	2	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circulación	0	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conciencia	1	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Oxigenación	0	1	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Total	4	6	4	4	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0

Oxigenación

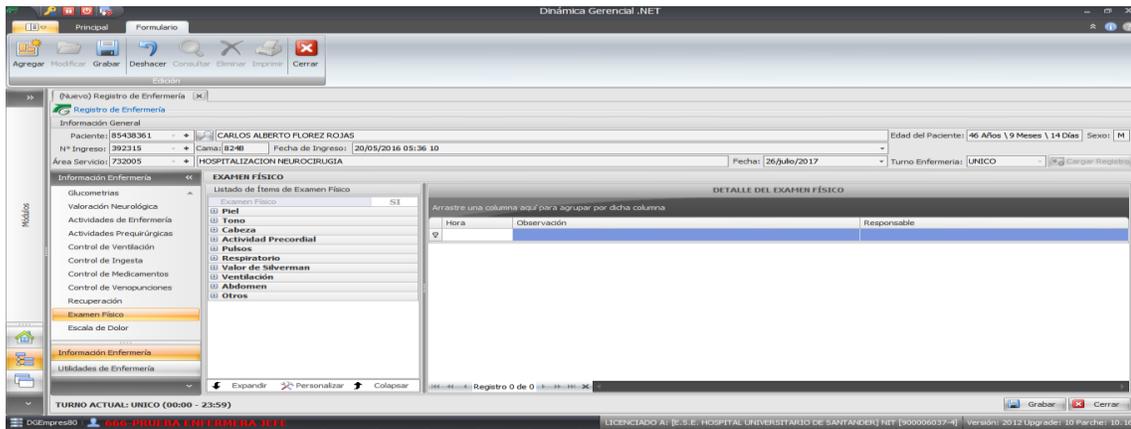
RECUPERACIÓN		00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Test de Aldrette	Actividad	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Respiración	2	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Circulación	0	1	2	1	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conciencia	1	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Oxigenación	1	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Total	4	6	4	4	2	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0

A continuación, se explica el funcionamiento del segundo panel llamado Llegada a recuperación, como se muestra en la imagen:

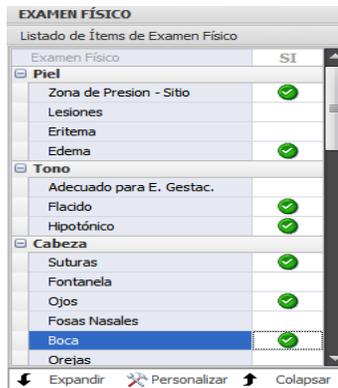
Llegada a Recuperación			
Conciencia	Dormido	✓	
	Somnoliento		
	Excitado		
	Conciente		
	Color	Rosado	✓
		Pálido	
		Cianótico	
		Ictérico	
	Respiración	Amplia	✓
Superficial			
Disnea			
Medio de Respiración			
Espontánea			
Cánula Nasal		✓	
Ventury			
Entubado			
Traqueostomía			

En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar la llegada a recuperación teniendo en cuenta solo lo que ve al momento de valorarlo. Se le da clic a cada cuadro que corresponda debe así salir un icono de afirmativo  que indica cómo se encuentra el paciente.

EXAMEN FÍSICO:

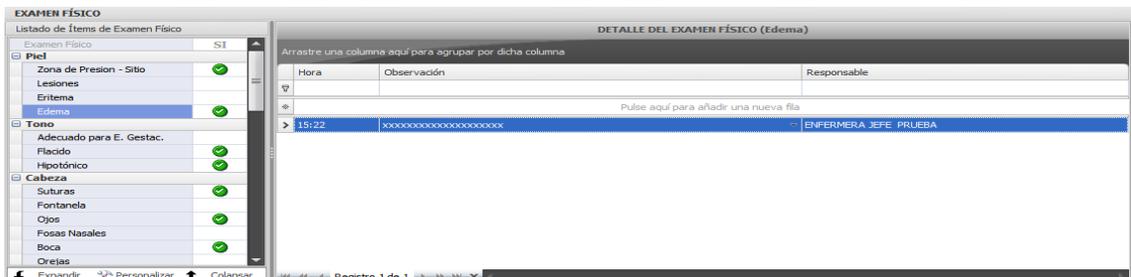


Esta opción permite tener un control muy detallado sobre el examen físico del paciente, Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo examen físico, en el panel derecho se encuentra el detalle del examen físico. A continuación, se muestra por medio de imágenes el llenado de dichas examen físico.



En la siguiente imagen como se puede observar el usuario debe llenar dichos exámenes físicos dándole clic a cada cuadro según corresponda, debe así salir un icono de afirmativo  que indica si se le hizo dicha actividad, si no se le hizo nada al paciente se deja en blanco.

En el panel derecho se encuentra la opción detalle del examen físico:



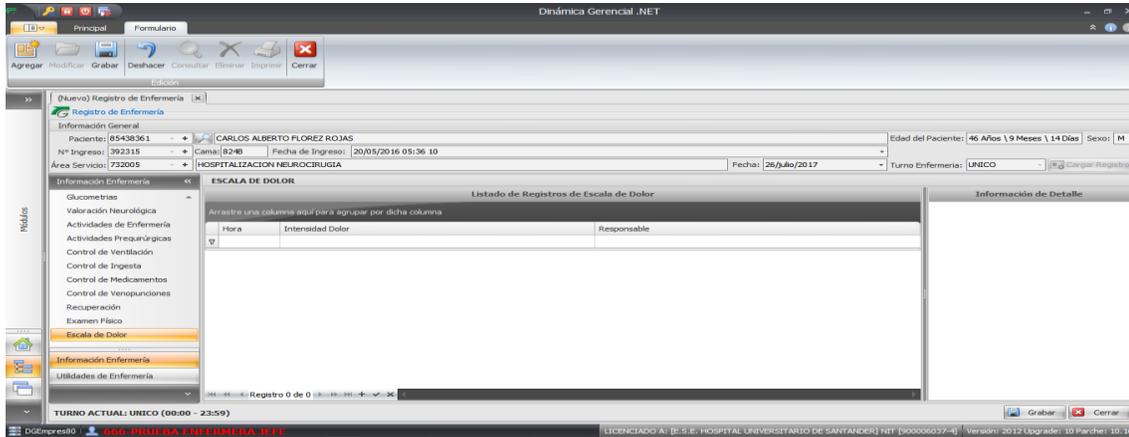
En la siguiente imagen como se puede observar al momento de darle afirmativo al edema automáticamente en el panel derecho se activan tres campos.

Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se hace la actividad.

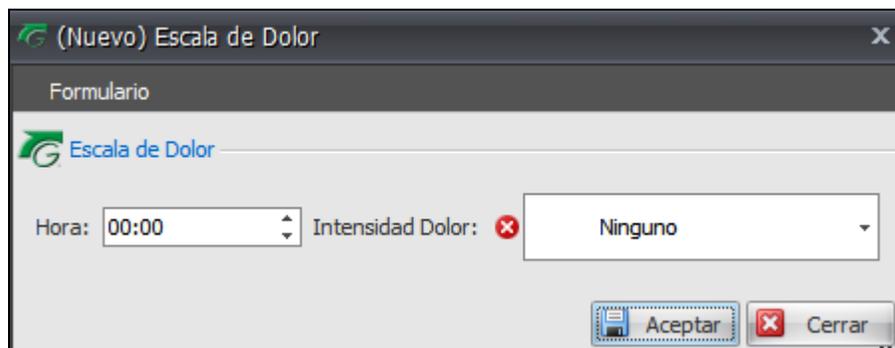
Observación: campo que permite ingresar alguna observación de la actividad realizada.

Responsable: campo que visualiza el nombre de quien realizo la actividad. Este campo se llena por defecto.

ESCALA DE DOLOR:



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo listado de registros de escala de dolor, en el panel derecho encontramos información de detalle. En panel de listado de escala de dolor seleccionando  permite agregar a la lista una nueva escala:



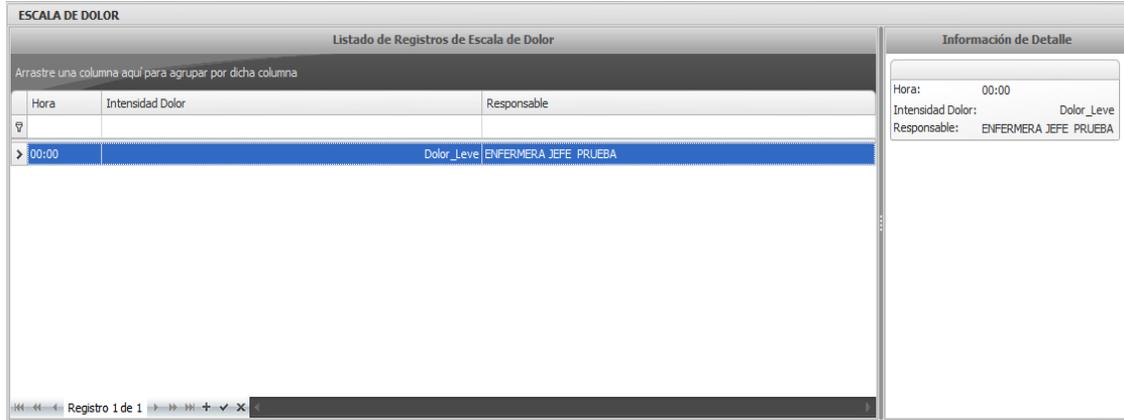
Hora: campo que permite ingresar la hora en la cual se inició el control de la escala del dolor.

Intensidad dolor: campo que permite escoger una serie de opciones para que el usuario escoja la indicada, estas opciones se muestran en la siguiente imagen.



Cabe resaltar que los campos marcados con  son campos obligatorios si no se diligencian dichos campos no dejara grabar.

Una vez se llena la información se mostrará en los dos paneles la información que se digitó como se observa en la siguiente imagen:



Hora: campo que permite visualizar la hora en la cual se inició la escala del dolor.

Intensidad dolor: campo que permite visualizar la intensidad del dolor.

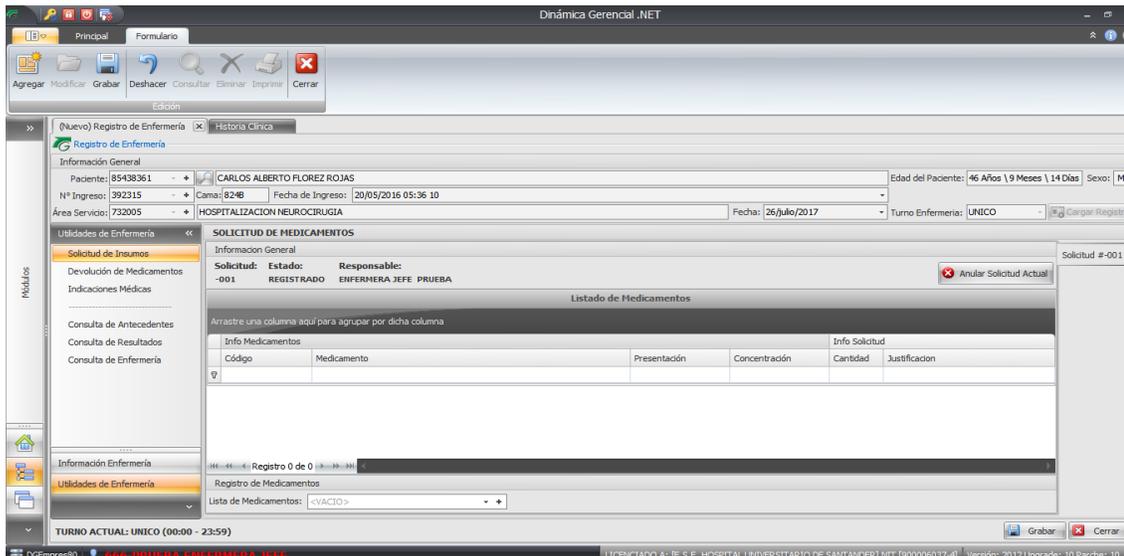
Responsable: campo que muestra el nombre de quien realizó la actividad. Este campo se llena por defecto.

La imagen también muestra como el panel derecho llamado información de detalle expone toda la información que se llenó previamente.

Para eliminar una escala de dolor, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

PANEL DE UTILIDADES DE ENFERMERÍA

SOLICITUD DE INSUMOS:



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel de arriba se encuentra la información general, en el panel de abajo se encuentra el listado de medicamentos. A continuación, se explica el funcionamiento del primer panel llamado información general:

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Información General

Solicitud: Estado: Responsable:
-001 REGISTRADO ENFERMERA JEFE PRUEBA

Solicitud #-001

Anular Solicitud Actual

Solicitud: campo que permite visualizar el número de la solicitud.

Estado: campo que permite ver el estado de la solicitud.

Responsable: campo que permite ver el responsable de pedir dicha solicitud de insumos.

Anular Solicitud Actual: Botón que permite anular la solicitud actual.

En el panel del medio se encuentra la opción listado de medicamentos:

Listado de Medicamentos

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Info Medicamentos				Info Solicitud	
Código	Medicamento	Presentación	Concentración	Cantidad	Justificación

Registro 0 de 0

Registro de Medicamentos

Lista de Medicamentos: <VACIO>

En Información de medicamentos se encuentran 6 campos que previamente se llenaran a medida que se van pidiendo los insumos.

Código: campo que permite visualizar el código del insumo que deseo pedir.

Medicamento: campo que permite visualizar el insumo que deseo pedir.

Presentación: campo que permite la presentación con la que viene el insumo.

Concentración: campo que permite ver la concentración con la que viene dicho insumo.

Cantidad: campo que permite ver la cantidad del insumo a pedir.

Justificación: campo que permite ingresar alguna justificación del insumo que quiero pedir.

Registro de Medicamentos

Lista de Medicamentos: <VACIO>

En la opción de registro de medicamentos al momento de darle clic en **<VACIO>** se despliega una lista de insumos que permite escoger dependiendo del que se necesite. A continuación, se muestra con una imagen dicha lista de insumos:

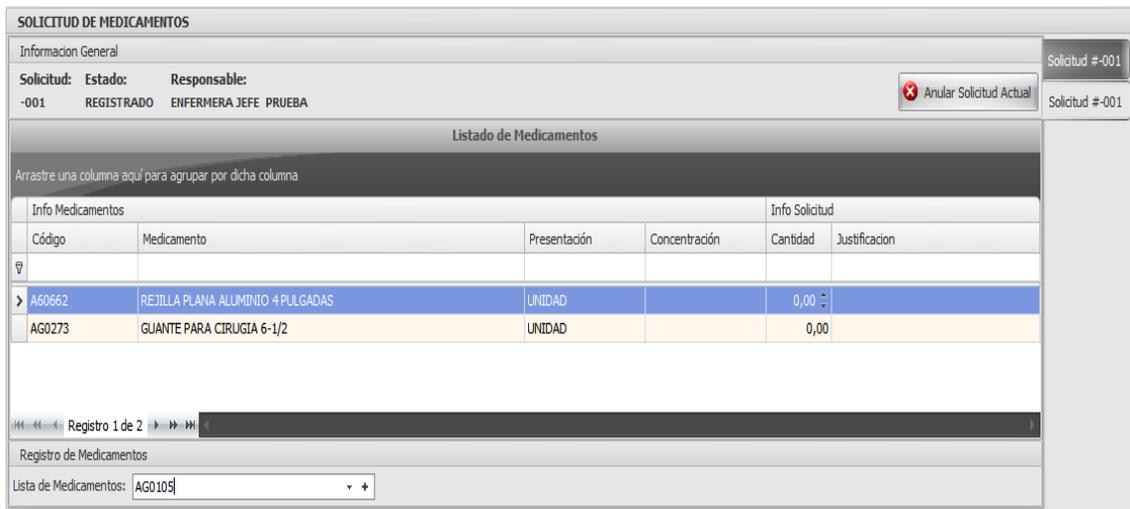
...	Codigo	Producto	Unidad Cons...	Concentra...	Costo	POS
	000002	DISPOSITIVO NO APLICA P...	NO APLICA		1.00	
	11000	ADAPTADOR DE VOLTAJE 1...	UNIDAD		41.523,00	
	1101	CHUSPAS (carnet cuatro caraf...	UNIDAD		1.415,20	
	1327	RETICULA	UNIDAD		7.695.208,00	
	20059955...	CAPECITABINA TABLETA X 5...	TABLETA	500 MG	7.250,00	
	A60662	REJILLA PLANA ALUMINIO 4 ...	UNIDAD		2,16	
	A9982	CAMISA PARA TROCAR 5 M...	UNIDAD		394.400,00	
	ABGS0966	CD235a PC7 ASR	UNIDAD		2.648.400,00	
	ABGS0987	CD7 FITC CE	UNIDAD		1.717.000,00	
	AFBS0889	FLOW-CHECK PRO	UNIDAD		1.696.000,00	
	AG0001	AGUJA DESECHABLE 18X1	UNIDAD		1.931,55	
	AG0002	AGUJA DESECHABLE 19X1	UNIDAD		974,55	
	AG0003	AGUJA DESECHABLE 26X1	UNIDAD		88,48	
	AG0004	AGUJA DESECHABLE 21X1	UNIDAD		51,70	
	AG0005	AGUJA DESECHABLE 22X1	UNIDAD		55,00	
	AG0006	AGUJA DESECHABLE 23 X 1	UNIDAD		60,89	
	AG0007	AGUJA DESECHABLE 27X1	UNIDAD		75,40	

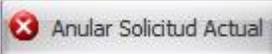
Producto 0 de 11530

Almacen Existencia

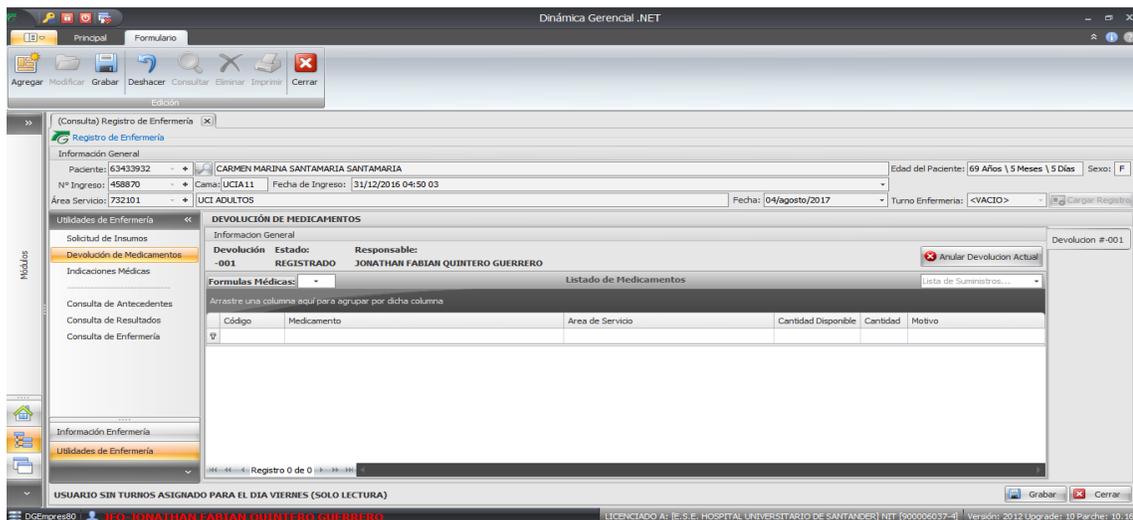
Producto: 000002
 Descripción: DISPOSITIVO NO APLICA POS
 Detalles: DISPOSITIVO NO APLICA POS
 Grupo: OTROS MATERIALES
 SubGrupo: OTROS MATERIALES
 Maneja Serial:
 Maneja Lote:
 Vencimiento:
 Fabricante: GENERAL
 Unidad Compra: NO APLICA
 Fraccion: 1
 Unidad Venta: NO APLICA
 Costo Promedio: 1,00 €

Después de que se procede buscar el insumo que se necesita, dando clic  automáticamente lo deja en una lista en el panel de listado de medicamentos como se muestra en la siguiente imagen:

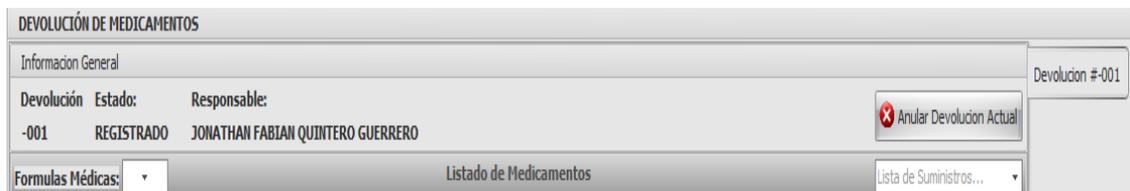


Cabe resaltar que el boton  permite anular dicha lista de insumos.

DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS:



Esta opción permite devolver medicamentos por la razón que sea necesaria hacerlo, a continuación, se muestra cómo funciona la opción:



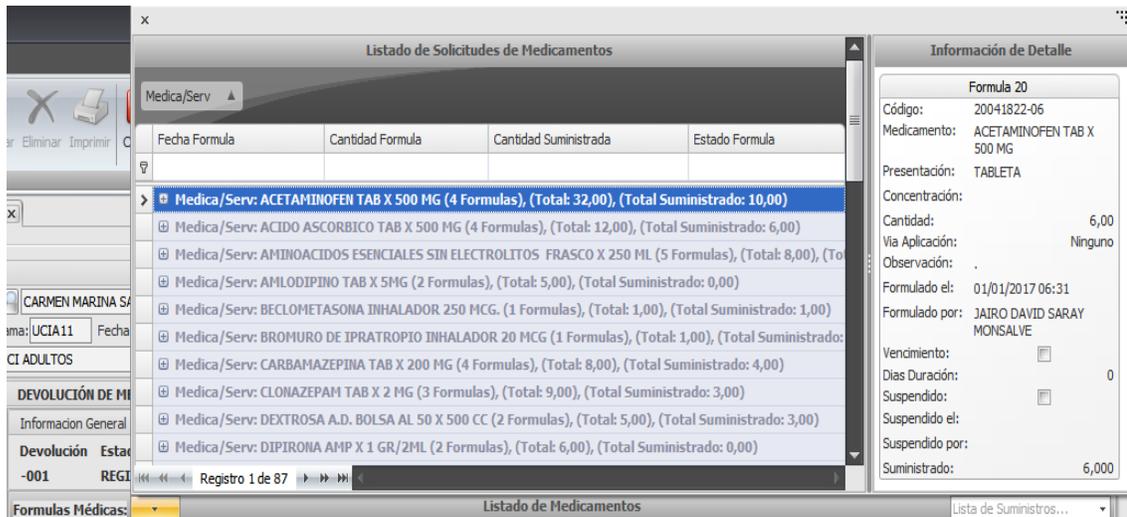
En la primera parte del panel se encuentra la información general que permite ver:

Devolución: permite visualizar el consecutivo de devolución que arroja automáticamente el sistema.

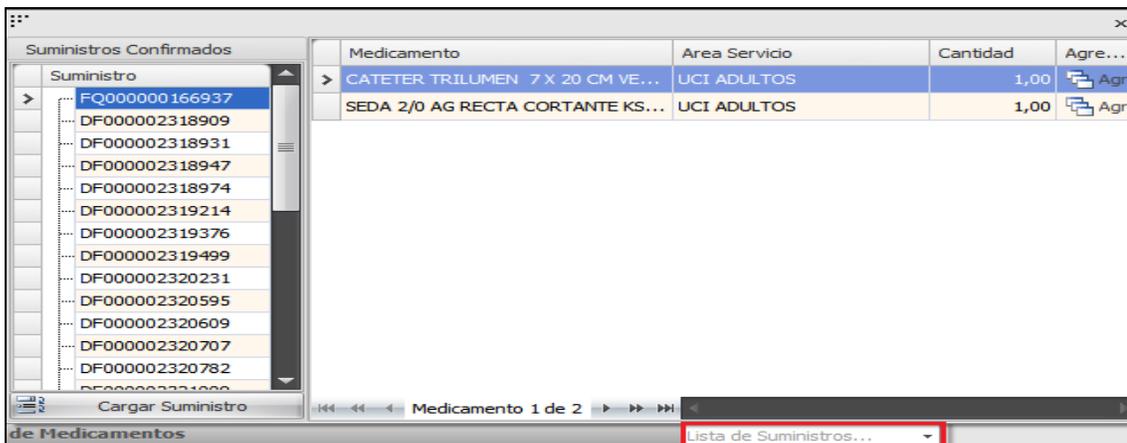
Estado: permite ver el estado del ingreso.

Responsable: permite ver el responsable de la devolución.

Formula médica: Campo que permite visualizar toda la formula médica del paciente como lo se muestra en la siguiente imagen.



Lista de suministros: Campo que permite visualizar la lista de suministros del paciente, como se muestra en la siguiente imagen.



Inmediatamente sale este cuadro se encuentran dos paneles:

- **Panel izquierdo:**

Suministros confirmados: esta opción permite poder escoger el DF del suministro a devolver.

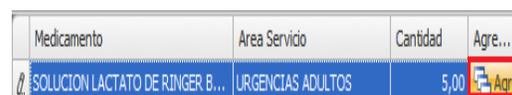
- **Panel derecho:**

Medicamento: permite visualizar el medicamento a devolver.

Área servicio: permite ver el área del servicio.

Cantidad: permite visualizar la cantidad.

Agregar: campo que permite, al momento de dar clic automáticamente aparecerá el panel de listado de medicamentos. Como se muestra en la siguiente imagen.



Formulas Médicas: Listado de Medicamentos Lista de Suministros...

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Código	Medicamento	Area de Servicio	Cantidad Disponible	Cantidad	Motivo
32606-02	SOLUCION LACTATO DE RINGER BOL X 500ML	URGENCIAS ADULTOS	5,00	0,00	

Registro 1 de 1

En Información de medicamentos se encuentran 6 campos que previamente se llenaran a medida que se van pidiendo los insumos.

Código: campo que permite visualizar el código del medicamento que deseo devolver.

Medicamento: campo que permite visualizar el medicamento que deseo devolver.

Área de servicio: campo que permite el área del servicio.

Cantidad disponible: campo que permite ver la cantidad disponible del medicamento a devolver.

Cantidad: campo que permite ver la cantidad del medicamento.

Motivo: campo que permite seleccionar una serie de opciones dependiendo de lo requerido tales como: medicamento suspendido, cambio de dosis, cambio de frecuencia, cambio de vía de administración, reacción adversa, fallo terapéutico, cambio de servicio, egreso de paciente, muerte del paciente, devolución interna.

INDICACIONES MÉDICAS:

(Consulta) Registro de Enfermería

Registro de Enfermería

Información General

Paciente: 1094779637 KAREN DAYANA ROPERO PEREZ Edad del Paciente: 9 Años \ 4 Meses \ 23 Días Sexo: F

N° Ingreso: 451376 Cama: 426A Fecha de Ingreso: 02/12/2016 09:47 33

Área Servicio: 732002 HOSPITALIZACIÓN PEDIATRIA Fecha: 08/agosto/2017 Turno Enfermería: <VACIO>

Utilidades de Enfermería

Solicitud de Insumos

Devolución de Medicamentos

Indicaciones Médicas

Consulta de Antecedentes

Consulta de Resultados

Consulta de Enfermería

Información Enfermería

Utilidades de Enfermería

USUARIO SIN TURNOS ASIGNADO PARA EL DIA MARTES (SOLO LECTURA)

CONSULTA DE INDICACIONES MEDICAS

Listado de Indicaciones Medicas

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Folio	Fecha	Tipo Indicación	Detalle	Verificado
38	02/12/2016 10:10	Urgencias Observacion		
39	02/12/2016 11:01	Hospitalizacion		
40	02/12/2016 11:10	Hospitalizacion		
41	02/12/2016 11:25	Urgencias Observacion		
42	02/12/2016 11:47	Urgencias Observacion		
43	02/12/2016 11:57	Crugia		
44	02/12/2016 03:15	Hospitalizacion		
45	02/12/2016 03:17	Hospitalizacion		
46	02/12/2016 10:18	Hospitalizacion		
47	03/12/2016 06:26	Hospitalizacion		
48	03/12/2016 07:37	Hospitalizacion		

Registro 1 de 28

Información de Detalle

Indicacion 1

Folio: 38

Fecha: 02/12/2016 10:10

Tipo Indicación: Urgencias Observacion

Detalle:

Cantidad:

Medico: QUIROGA CASTAÑEDA SANDRA ...

Medicamentos Suspendidos

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

Código	Nombre

Registro 0 de 0

Grabar Cerrar

Esta opción le permite al usuario poder observar el listado de todas las indicaciones médicas que el medico ha puesto al paciente. A continuación, se explica la información que trae dichas indicaciones médicas:

Folio: campo que permite visualizar el folio donde se creó la indicación médica.

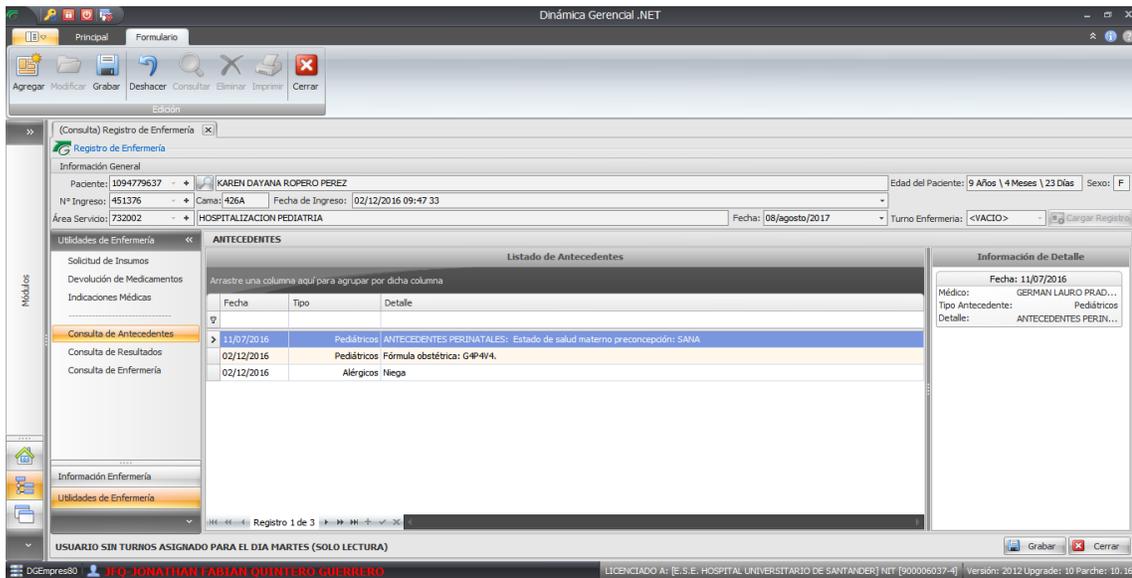
Fecha: campo que permite visualizar la fecha el cual se creó la indicación médica.

Tipo indicación: campo que permite visualizar el tipo de indicación que el medico creo.

Detalle: campo que permite ver el detalle de la indicación médica, si el medico lleno esta opción al crear el folio aparecerán en la casilla por el contrario el medico no lleno esta casilla aparecerá en blanco el campo detalle.

Verificado: campo que permite visualizar el verificado de la indicación médica.

CONSULTA DE ANTECEDENTES:



Información General

Paciente: 1094779637 - KAREN DAYANA ROPERO PEREZ
 N° Ingreso: 451376 - Cama: 426A Fecha de Ingreso: 02/12/2016 09:47:33
 Área Servicio: 732002 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA Fecha: 08/ago/2017 Turno Enfermería: <VACIO>

Utilidades de Enfermería

- Solicitud de Insumos
- Devolución de Medicamentos
- Indicaciones Médicas
- Consulta de Antecedentes**
- Consulta de Resultados
- Consulta de Enfermería

ANTECEDENTES

Listado de Antecedentes

Fecha	Tipo	Detalle
11/07/2016	Pediatricos	ANTECEDENTES PERINATALES: Estado de salud materno preconcepción: SANA
02/12/2016	Pediatricos	Fórmula obstétrica: G4P4/4.
02/12/2016	Alérgicos	Niega

USUARIO SIN TURNOS ASIGNADO PARA EL DIA MARTES (SOLO LECTURA)

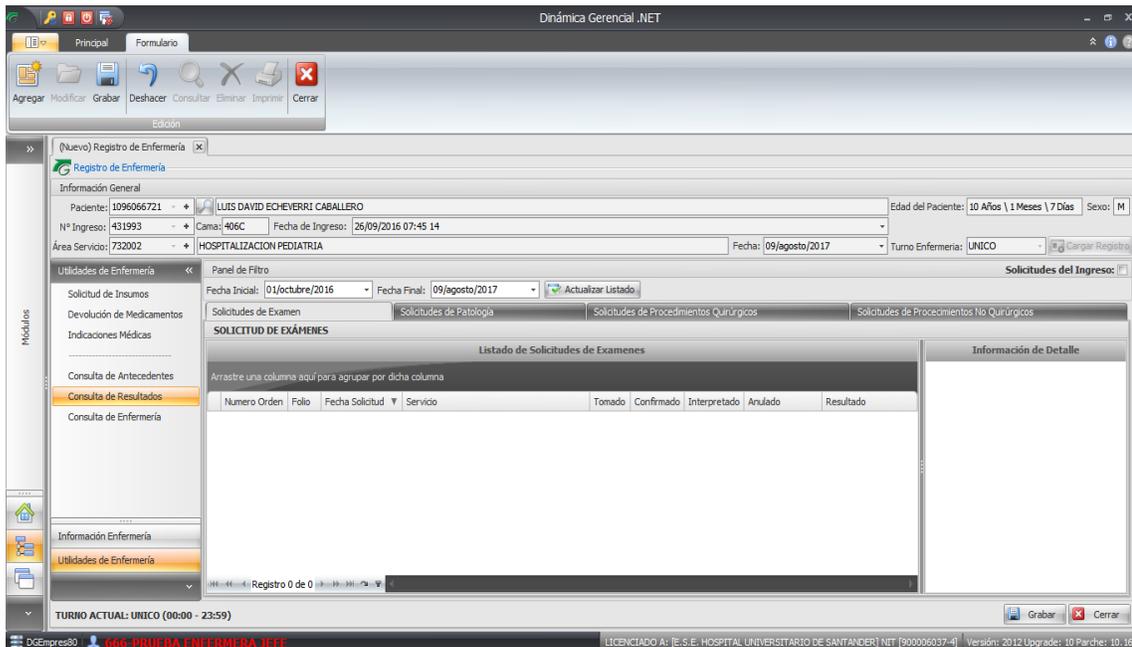
Esta opción le permite al usuario poder consultar el listado de antecedentes que el medico ha puesto al paciente. A continuación, se explica la información que trae dichos antecedentes:

Fecha: campo que permite visualizar la fecha en la cual fue creado el antecedente.

Tipo: campo que permite visualizar el tipo de antecedente que presenta.

Detalle: campo que permite visualizar el detalle del antecedente.

CONSULTA DE RESULTADOS:



Información General

Paciente: 1096066721 - LUIS DAVID ECHEVERRI CABALLERO
 N° Ingreso: 431993 - Cama: 406C Fecha de Ingreso: 26/09/2016 07:45:14
 Área Servicio: 732002 - HOSPITALIZACION PEDIATRIA Fecha: 09/ago/2017 Turno Enfermería: UNICO

Utilidades de Enfermería

- Solicitud de Insumos
- Devolución de Medicamentos
- Indicaciones Médicas
- Consulta de Antecedentes
- Consulta de Resultados**
- Consulta de Enfermería

Panel de Filtro

Fecha Inicial: 01/octubre/2016 Fecha Final: 09/ago/2017 Actualizar Listado

SOLICITUD DE EXÁMENES

Listado de Solicitudes de Exámenes

Numero Orden	Folio	Fecha Solicitud	Servicio	Tomado	Confirmado	Interpretado	Anulado	Resultado
--------------	-------	-----------------	----------	--------	------------	--------------	---------	-----------

TURNOS ACTUALES: UNICO (06:00 - 23:59)

Esta opción le permite al usuario poder consultar el listado de las solicitudes de exámenes que previamente se le han realizado al paciente. A continuación, se explica la información que trae:

Panel de Filtro
 Fecha Inicial: 01/octubre/2016 Fecha Final: 09/agosto/2017 Actualizar Listado

En este panel encontraremos dos campos con fecha inicial y fecha final el cual permite hacer un filtro y poder ver que exámenes se le han pedido al paciente en ese rango de fechas, como se muestra en la siguiente imagen:

Fecha Inicial: 01/octubre/2016 Fecha Final: 09/agosto/2017 Actualizar Listado

Solicitudes de Examen Solicitudes de Patología Solicitudes de Procedimientos Quirúrgicos Solicitudes de Pr

SOLICITUD DE PATOLOGÍAS

Listado de Solicitudes de Patología

Arrastre una columna aquí para agrupar por dicha columna

	Numero Orden	Folio	Fecha Solicitud	Servicio	Tomado	Confirmado	Interpretado	Anulado	Resultado
	4469226	757	05/12/2016 12:02	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CIT...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN MAC...
	4434079	635	23/11/2016 07:57	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CIT...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN MAC...
	4359964	330	28/10/2016 11:28	ESTUDIO CON TINCCIONES DE RUTINA (UN...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN MAC...
>	4359536	328	28/10/2016 09:31	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CIT...	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DESCRIPCIÓN MA...

Registro 4 de 4

Numero de orden: campo que permite visualizar el número de orden del examen.

Folio: campo que permite ver el número de folio donde se pidió el examen.

Fecha solicitud: campo que permite visualizar la fecha de la solicitud del examen.

Servicio: campo que permite visualizar que examen se pidió al paciente.

Tomado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue tomado.

Confirmado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue confirmado.

Interpretado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue interpretado.

Anulado: campo que permite visualizar por medio de una flecha si el examen fue anulado.

Resultado: campo que permite visualizar el resultado del examen, si se desea imprimir dicho examen dar clic en

CONSULTA DE ENFERMERÍA:

(Nuevo) Registro de Enfermería Consulta de Enfermería

Información Paciente
 Documento: 1096066721
 1º Nombre: LUIS
 2º Nombre: DAVID
 1º Apellido: ECHEVERRI
 2º Apellido: CABALLERO

Información del Ingreso
 431993 Cama: 406C

Listado de Registros de Enfermería
 03/01/2017 HOSPITALIZACION PEDIAT
 03/01/2017 ONCOLOGIA
 29/12/2016 HOSPITALIZACION PEDIAT
 Todos Ninguno

Items de Impresion
 Seleccion de Items de Impresion:
 Tipo de Informe: Detallado Resumen
 Tipo de Ordenamiento: Ascendente Descendente

Generar Reporte
 Balance de Enfermería

Nothing Stop

Esta opción le permite al usuario poder consultar todo lo que se le ha hecho al paciente en cuanto al registro de enfermería, que previamente se le ha realizado al paciente. A continuación, se explica cómo consultar el registro de enfermería:



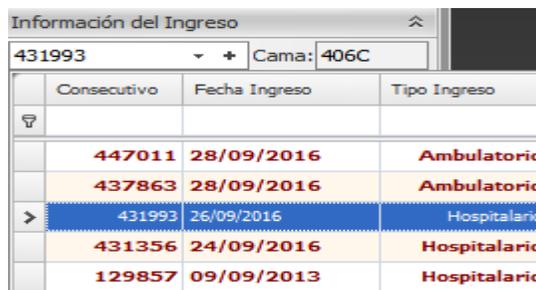
Información Paciente	
Documento:	1096066721
1º Nombre:	LUIS
2º Nombre:	DAVID
1º Apellido:	ECHEVERRI
2º Apellido:	CABALLERO

En información del paciente el usuario podrá observar los datos del paciente como el documento de identidad, y los nombres completos, esta información aparecerá inmediatamente en estos campos ya que se está trabajando el registro de enfermería sobre el mismo.



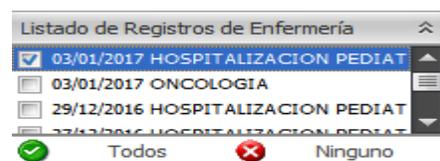
Información del Ingreso	
431993	Cama: 406C

En información del ingreso el usuario tendrá la opción al momento de dar clic de poder escoger el ingreso a consultar como se muestra en la imagen:



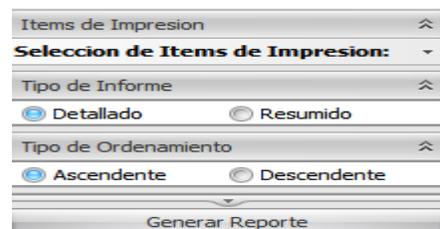
Consecutivo	Fecha Ingreso	Tipo Ingreso
447011	28/09/2016	Ambulatorio
437863	28/09/2016	Ambulatorio
431993	26/09/2016	Hospitalario
431356	24/09/2016	Hospitalario
129857	09/09/2013	Hospitalario

Dependiendo del ingreso que se desee consultar el listado del registro de enfermería cambiara. El usuario debe escoger dando clic en cada cuadro igualmente tendrá la opción de escoger Todos el listado o por el contrario la opción de no escoger Ninguno.



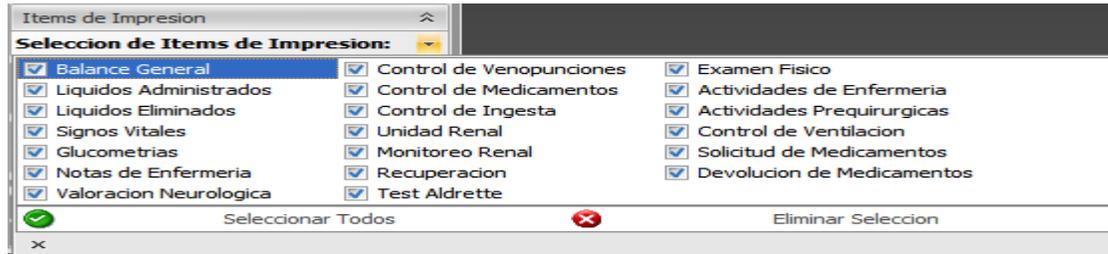
Listado de Registros de Enfermería	
<input checked="" type="checkbox"/>	03/01/2017 HOSPITALIZACION PEDIAT
<input type="checkbox"/>	03/01/2017 ONCOLOGIA
<input type="checkbox"/>	29/12/2016 HOSPITALIZACION PEDIAT
<input type="checkbox"/>	27/12/2016 HOSPITALIZACION PEDIAT
<input checked="" type="checkbox"/>	Todos
<input checked="" type="checkbox"/>	Ninguno

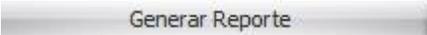
En el ítem de impresión el usuario puede encontrar una selección de ítems de impresión y como se quiere que salga dicha consulta: si detallado o resumido, ascendente o descendente.



Items de Impresion	
Selección de Items de Impresion:	
Tipo de Informe	
<input checked="" type="radio"/>	Detallado
<input type="radio"/>	Resumido
Tipo de Ordenamiento	
<input checked="" type="radio"/>	Ascendente
<input type="radio"/>	Descendente
Generar Reporte	

Al momento de dar clic en selección de ítems de impresión se despliega una lista de opciones para consultar como se muestra en la siguiente imagen:



Después de haber llenado y seleccionado todo lo anterior se genera el reporte dándole clic en  de esta manera se imprime el mismo.

9.3. ANEXO 3. INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO DE LA EVOLUCIÓN MÉDICA EN DINÁMICA GERENCIAL.NET

Ingresar al sistema Dinámica Gerencia.Net

A continuación, se muestran las pestañas y contenido a llenar por el médico.

IMPORTANTE...

En la pestaña **IMPORTANTE...** se encuentra un mensaje informativo donde muestra la ruta para que el médico pueda responder las interconsultas pendientes.

ATENCIÓN... Si va a responder interconsulta siga esta ruta: Otros Procedimientos\Respuesta Interconsulta NO LO HAGA DENTRO DE LA INFORMACION SUBJETIVA DEL PACIENTE

CONDICIONES GENERALES

La pestaña **CONDICIONES GENERALES** es un campo solo texto donde el médico puede llenar la información subjetiva del paciente, como se muestra a continuación:

INFORMACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE

EVOLUCIÓN HOSPITALIZACIÓN CIRUGÍA GENERAL - SERVICIO DE ONCOLOGÍA GRUPO II
Dr. ALVARO ENRIQUE NIÑO RODRIGUEZ (CIRUJANO)
DRA. LAURA DELGADO, DR. FERNANDO DE LA HOZ (RESIDENTES CIRUGÍA GENERAL)
YEI ALBERTO JAIMES URIBE (INTERNO)

PACIENTE DE 23 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS:

1. ESTENOSIS TRAQUEAL INMADURA (OBSTRUCCION CRÍTICA) EN POP DE RESECCION DE 1-5 ANILLO TRAQUEAL + MOVILIZACION LARINGO TRAQUEAL + ANASTOMOSIS TRAQUE TRAQEAL + COLOCACION DE TUBO EN T (07/04/2017)

- A NIVEL DE C7- T1
- EJE TRANSVERSO EN SITIO DE MAYOR COMPROMISO: 0.4 CM
- ANTECEDENTE DE INTUBACIÓN TRAQUEAL PROLONGADA

2. ASMA SEVERA

- VEF1 DE 26% DE LO ESPERADO

3. SIFILIS INDETERMINADAS

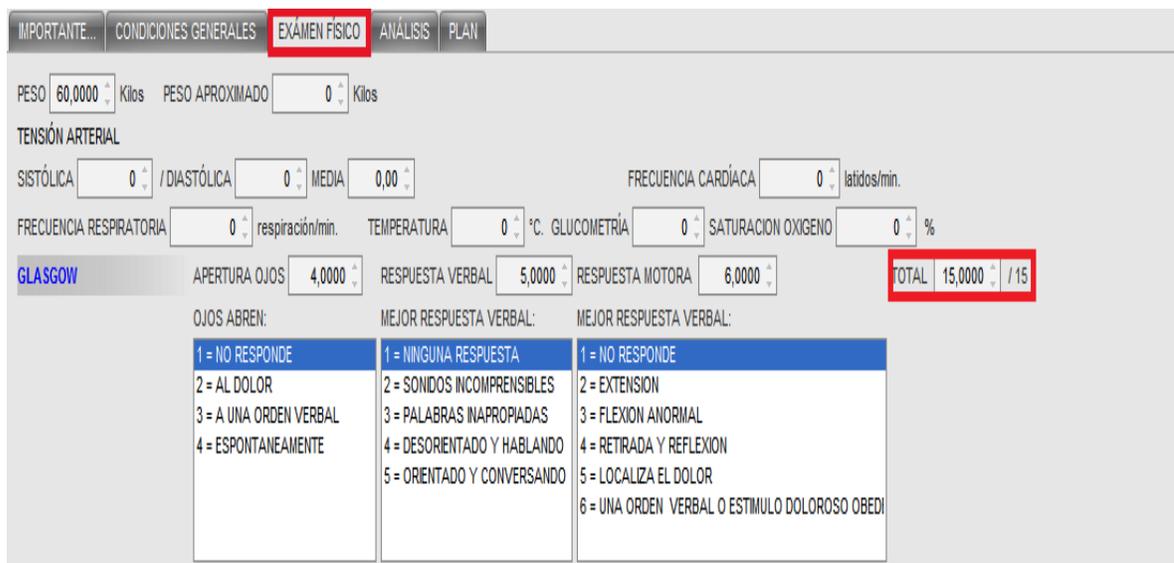
- VDRL POSITIVO EN DOS OCASIONES
- VDRL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO NEGATIVO.

SUBJETIVO: PACIENTE EN CAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGIA, REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIOS, CON BUENA TOLERANCIA A

EXÁMEN FÍSICO

La pestaña **EXÁMEN FÍSICO** contiene tres clases de campos que son numéricos, de selección y por último de texto.

En los campos numéricos se va a llenar una serie de información como peso, peso aproximado, información de tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, glucometría, saturación oxígeno y por último el Glasgow, este último dependiendo del total se debe poner los resultados en los campos de selección como se muestra en la siguiente imagen:



En los campos de texto se debe llenar una serie de información como estado general, examen cabeza y cuello, examen pulmonar y cardiológico, examen abdominal, examen de genitales externos, estado extremidades, examen de piel y faneras, examen neurológico y psiquiátrico, otros hallazgos del examen físico como se muestra en la siguiente imagen:



ESTADO GENERAL
EXÁMEN CABEZA Y CUELLO
EXÁMEN PULMONAR Y CARDIOLÓGICO
EXÁMEN ABDOMINAL
EXAMEN GENITALES EXTERNOS
ESTADO EXTREMIIDADES
EXAMEN DE PIEL Y FANERAS
EXAMEN NEUROLOGICO Y PSIQUIATRICO
OTROS HALLAZGOS DEL EXÁMEN FÍSICO



La pestaña **ANÁLISIS** contiene dos campos de texto llamados análisis e interpretación paraclínicos. En el campo análisis de solo texto el médico puede llenar el análisis del paciente, como se muestra a continuación:

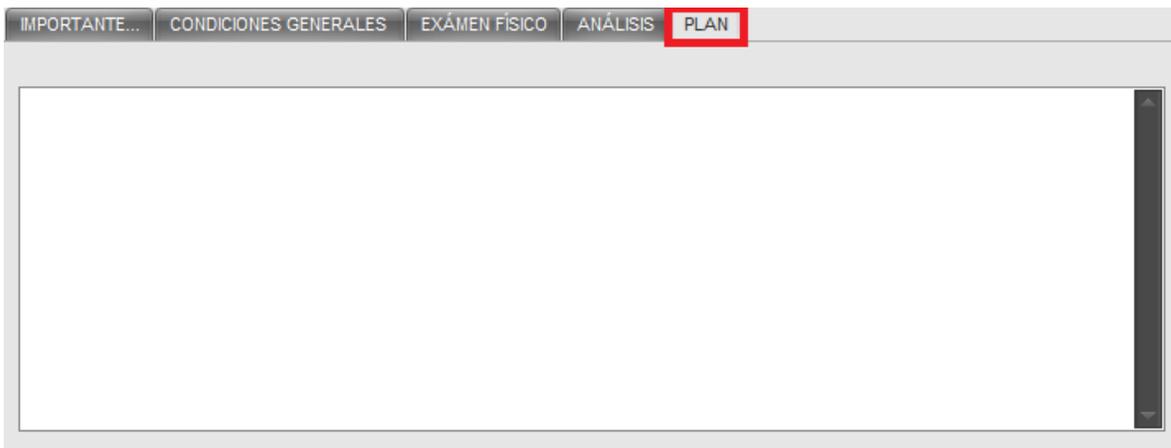
IMPORTANTE...	CONDICIONES GENERALES	EXÁMEN FÍSICO	ANÁLISIS	PLAN
ANÁLISIS				

En el campo interpretación paraclínicos de solo texto el médico puede llenar los paraclínicos del paciente, como se muestra a continuación:

INTERPRETACION PARACLINICOS

Numero Orden	Folio	Fecha Solicitud	Servicio Tomado	Confirmado	Interpretado	Anulado	Resultado	
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	COLOR EN SUERO	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	94.80 (98 - 107) mmol/L
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	POTASIO EN SUERO	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	4.84 (3.5 - 4.5) mmol/L
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	SODIO EN SUERO	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	132.00 (135 - 148) mmol/L
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	CREATININA SUERO, ORINA Y OTROS	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	0.87 (0.51 - 0.95) mg/dl
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	NITROGENO UREICO (BUN) EN SUERO	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	10.72 (6 - 20) mg/dl
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	PROTEINA C REACTIVA PCR PRUEBA SEMICUANTITATIVA	Seleccionado	Seleccionado	No seleccionado	No seleccionado	150.10 (0 - 5) mg/l
CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA								
No seleccionado	No seleccionado	150.10 (0 - 5) mg/l	NEU 5.92 ml/mm3	NEU% 62.1 (35 - 60) %	LYM 2.12 ml/mm3	LYM% 22.2 (25 - 50) %	MONO 1.25 ml/mm3	MONO% 13.1 (1 - 6) %
4973439	388	19/05/2017 06:14 p.m.	EOS 0.08 ml/mm3	EOS% 0.8 (1 - 5) %	BASO 0.08 ml/mm3	BASO% 0.8 (0 - 2) %	RBC 4.17 (4 - 4.5) x10 ⁶ /ul	HGB_CH 7.8 (12 - 16) g/dl
HCT_CH 29.3 (37 - 48) %								
MCV 70.3 (86 - 98) fl								
MCH 18.7 (27 - 32) pg								
MCHC 26.6 (33 - 37) g/dl								
PLT 595 (150 - 450) x 10 ³ /ul								
MPV 8.6 fl								
WBC (GLOBULOS BLANCOS) 9.5 (5 - 10) x 10 ³ /ul								
RDW_SD 61.4 fl								
RDW_CV 24.9 %								
IPF 0.0 %								
IG# 0.10 x 10 ⁻³ /ul								
IG% 1.0 %								
NRBC# 0.08 %								
NRBC% 0.8 %								

La pestaña **PLAN** contiene un campo texto que no tiene ningún nombre pero se hace suponer que es el plan que se le da al paciente por parte del médico.



Por otra parte, hay unos campos de selección llamados personal que interviene, de donde salen otros campos de selección llamados médico especialista (este campo está marcado en rojo quiere decir que es obligatorio), médico residente, médico general, médico interno y por último el registro no pos.

PERSONAL QUE INTERVIENE **campo obligatorio**

MEDICOS ESPECIALISTA <VACIO> ▾ +

MEDICO RESIDENTE <VACIO> ▾ +

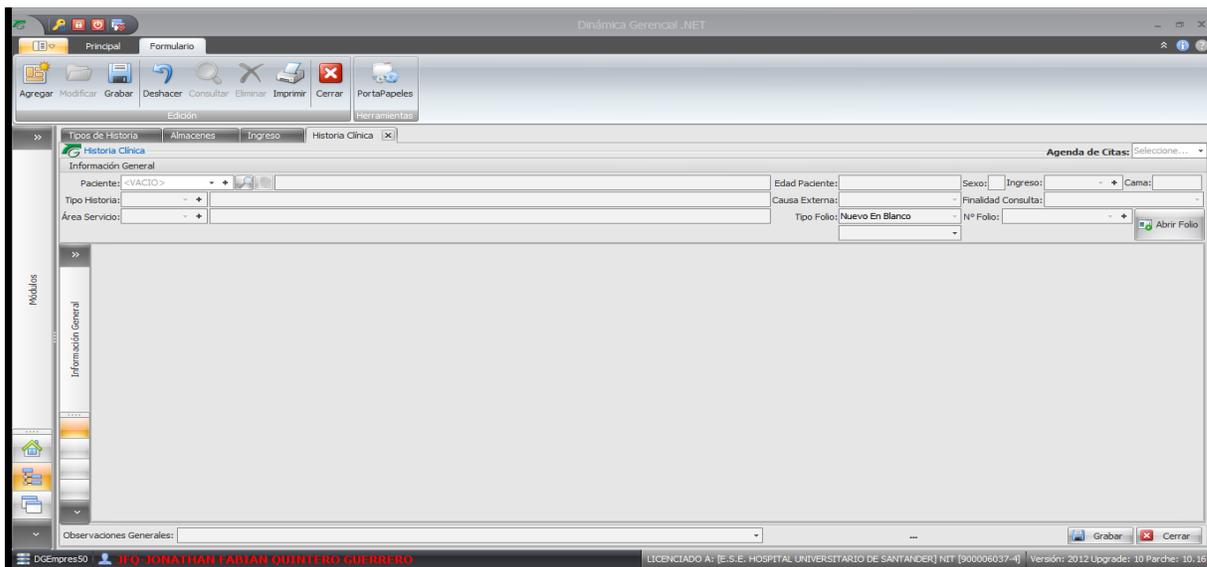
MEDICO GENERAL <VACIO> ▾ +

MEDICO INTERNO

REGISTRO NO POS ▾

9.4. ANEXO 4. INSTRUCCIONES PARA REALIZAR REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)

Ingrese al menú Procesos y Seleccione la opción Historia Clínica. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:

Paciente: Campo que permite digitar el número del documento que identifica al paciente. Si no lo tiene se puede consultar con ayuda del botón Buscar  o con la lupa  para poder visualizar los que se encuentren en estado registrado.

Nombre: Campo que permite visualizar el nombre del paciente teniendo en cuenta el número de identificación digitado.

Edad Paciente: Campo que permite visualizar la edad del paciente al momento de la atención.

Sexo: Campo que permite visualizar el sexo del paciente.

Ingreso: Campo que permite seleccionar el número de ingreso asociado al paciente o visualizarlo.

Cama: Campo que permite visualizar el código de la cama en la que se encuentra el paciente en caso de que se encuentre en Hospitalización.

Tipo Historia: Campo que permite digitar el código del tipo de historia del paciente o seleccionarlo del Listado.

Causa Externa: Campo que permite digitar los motivos para la solicitud de la atención, este campo debe ser indagado y determinado por el médico que ejecuta la atención.

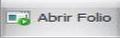
	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 57 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

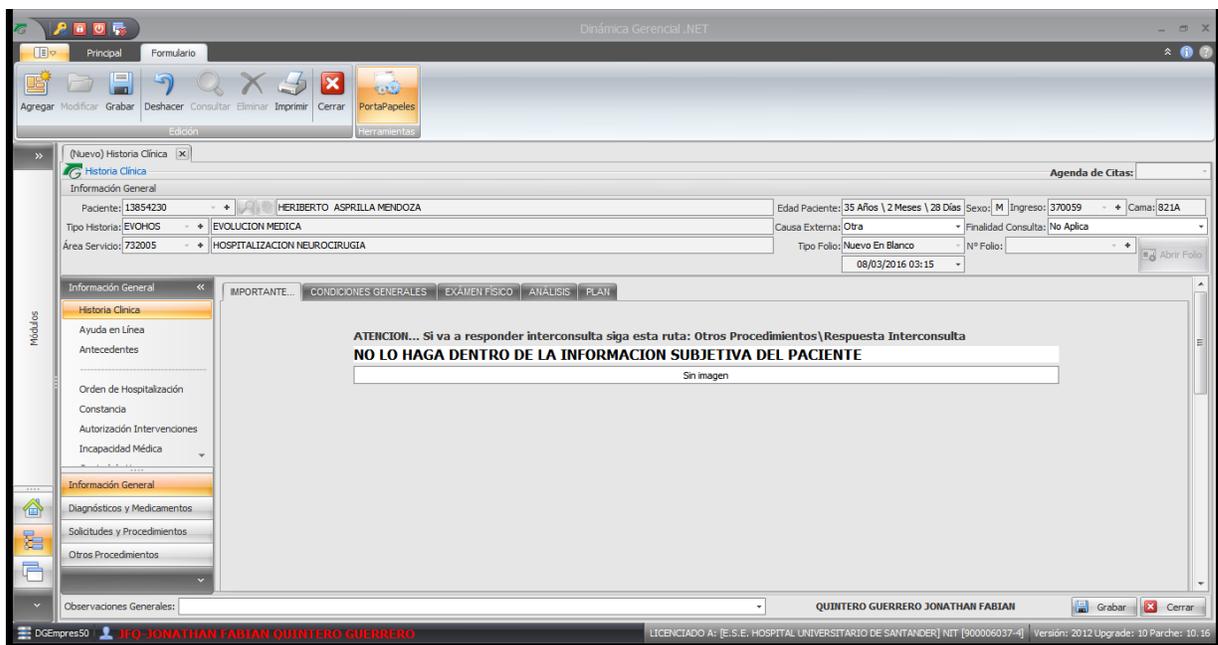
Finalidad de la Consulta: Campo que permite seleccionar cual es la patología que presenta el paciente o sintomatología.

Área Servicio: Campo que permite digitar el código del área de servicio en el cual se ingresó la atención de historia clínica.

Tipo Folio: Campo que permite seleccionar la opción correspondiente para el folio de historia clínica, así: Nuevo en blanco, Nuevo desde el último folio, Nuevo desde folio seleccionado o Consultar.

N° Folio: Consecutivo de las atenciones del paciente generado automáticamente por la aplicación y es único para cada paciente, a fin de controlar las actividades realizadas y registradas en la aplicación, este campo se activa únicamente cuando el campo Tipo es Nuevo desde folio seleccionado o Consultar.

Después de capturar la información general se habilita el botón Abrir Folio  haga Clic en él para tener acceso al diseño del modelo de Historia Clínica y realizar el ingreso de la información pertinente. Al realizar Clic en este botón aparece la siguiente pantalla:

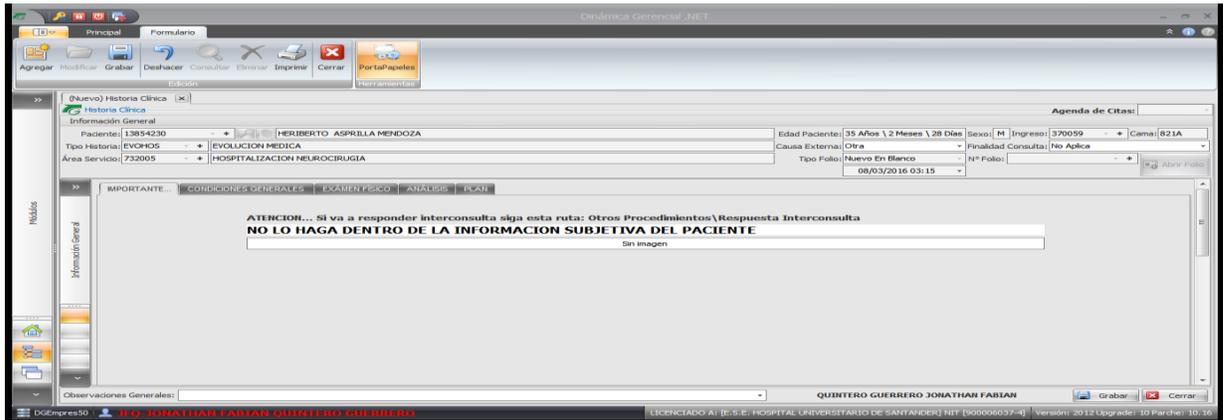


En esta pantalla se encuentra la información del paciente dividido en dos paneles: Información general, la historia clínica. Adicionalmente se mostrarán diferentes pestañas en el panel de información general como, por ejemplo: Información general, Diagnósticos y medicamentos, Solicitudes y procedimientos, Otros procedimientos, teniendo en cuenta como fue parametrizado el tipo de historia y qué opciones se visualizan al abrir el folio.

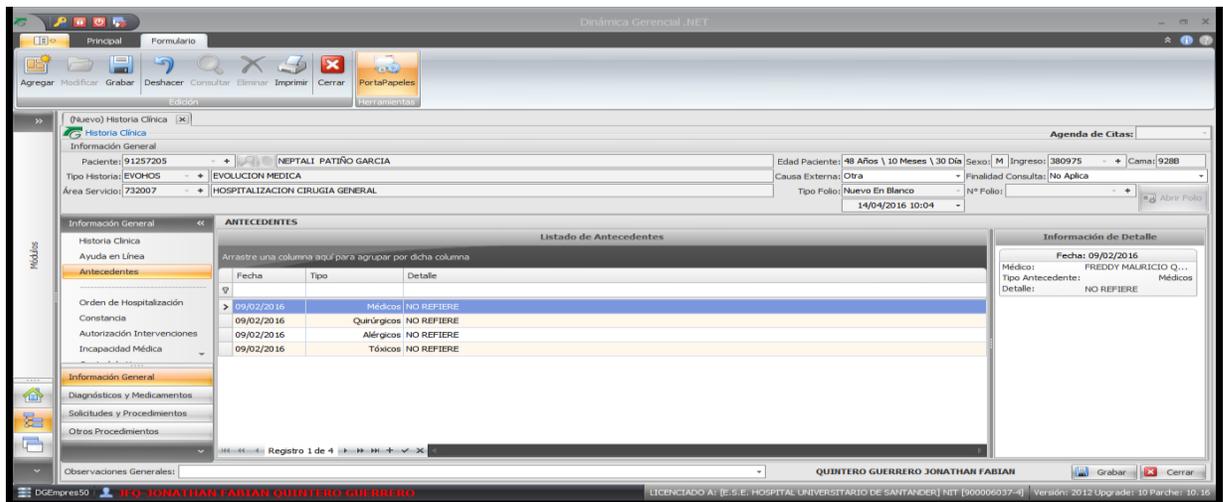
PANEL DE INFORMACION GENERAL

HISTORIA CLÍNICA

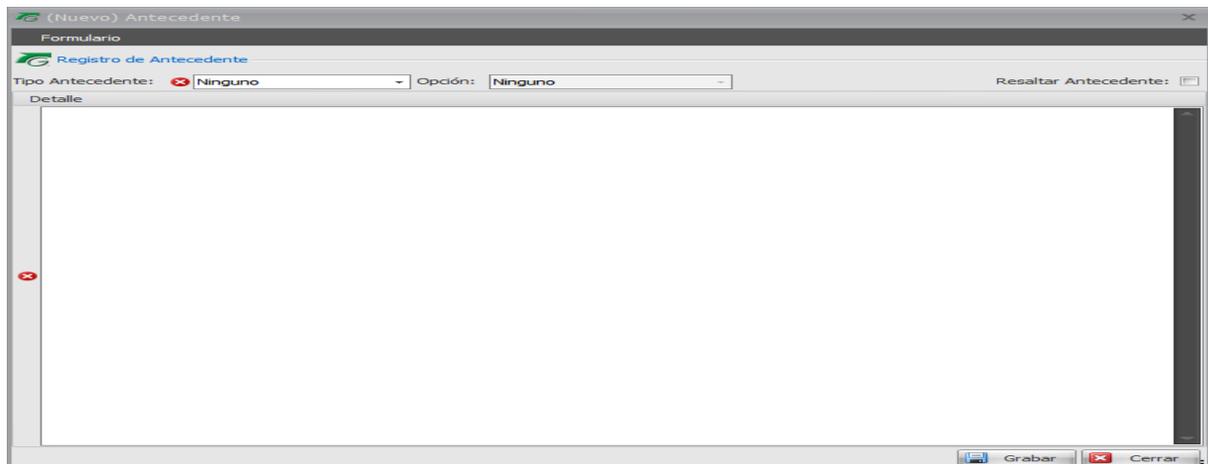
Esta pantalla depende del diseño de historia que se haya creado en la opción Archivos / Tipo de Historia Clínica el cual contiene los campos a diligenciar por parte del médico.



ANTECEDENTES



Esta opción se divide en dos paneles, en el panel izquierdo permite acceder a los antecedentes del paciente que ya han sido registrados en folios anteriores y en el panel derecho se visualiza la información del detalle de dicho antecedente, se puede hacer la búsqueda de un antecedente específico dando clic en  que permitirá agregar un nuevo antecedente:



	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 59 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Tipo Antecedente: Campo que permite seleccionar el tipo de antecedente, entre los cuales se puede encontrar médico, quirúrgico, Transfusionales, Tóxico, Inmunológicos, Alérgicos, Traumáticos, Psiquiátricos, Ginecobstetricias, Farmacológicos, Familiares, Psicológicos, Otros y Medicamento Contraindicado.

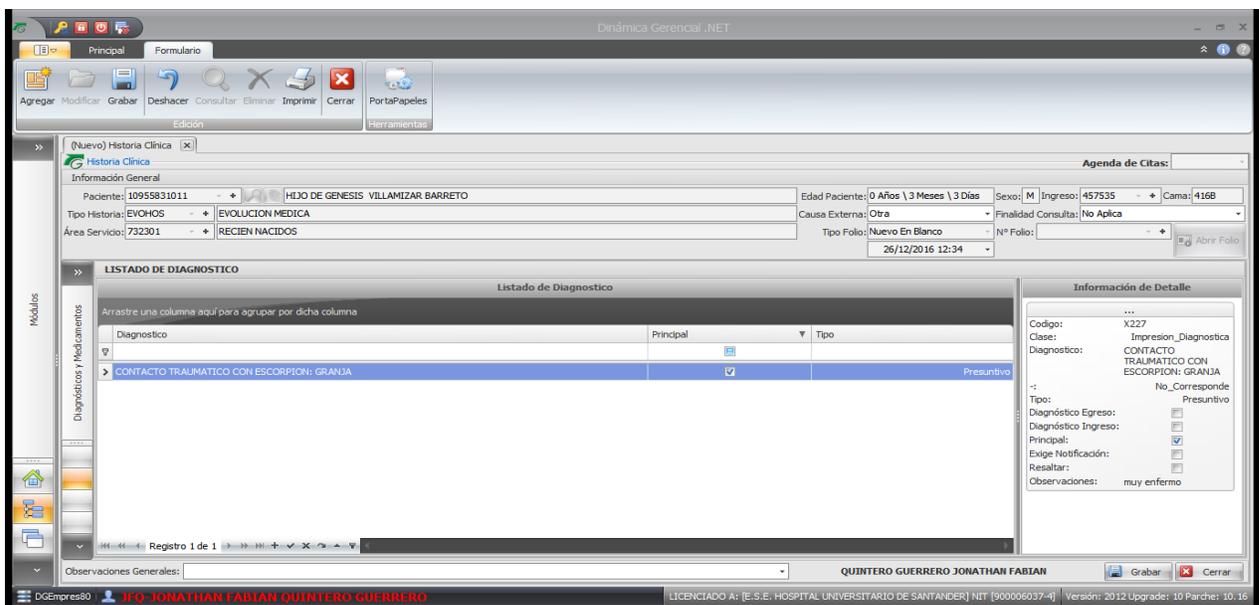
Opción: Campo que permite seleccionar el tipo de antecedente tabaquismo, alcoholismo, etc., este campo se activa cuando se selecciona Tipo de Antecedente Tóxico.

Resaltar Antecedente: Campo que permite validar si el antecedente es de alta importancia y lo marca como importante.

Detalle: Campo que permite digitar los detalles del antecedente.

Para eliminar un antecedente, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de antecedentes.

DIAGNÓSTICOS



Esta opción permite registrar los diagnósticos correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo listado de diagnóstico y en el derecho información de detalle.

Se puede hacer la búsqueda de un diagnóstico específico ingresando el parámetro que se quiera encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Diagnostico, Principal, Tipo) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Dando clic en  permitirá agregar un nuevo diagnóstico:

Diagnóstico: Campo que permite digitar o seleccionar el diagnóstico del paciente.

Principal: Campo que permite seleccionar si el diagnóstico es principal o no.

Diagnóstico de Ingreso: Campo que permite validar si el diagnóstico es de ingreso.

Diagnóstico de Egreso: Campo que permite validar si el diagnóstico es de egreso.

Resaltar Diagnóstico: Campo que permite resaltar el diagnóstico si el profesional lo considera importante.

Tipo: Campo que permite seleccionar el tipo de diagnóstico, si es Presuntivo o Definitivo.

Clase: Campo que permite seleccionar la clase del diagnóstico, si es de Impresión Diagnóstica, Confirmado Nuevo o Confirmado Repetido.

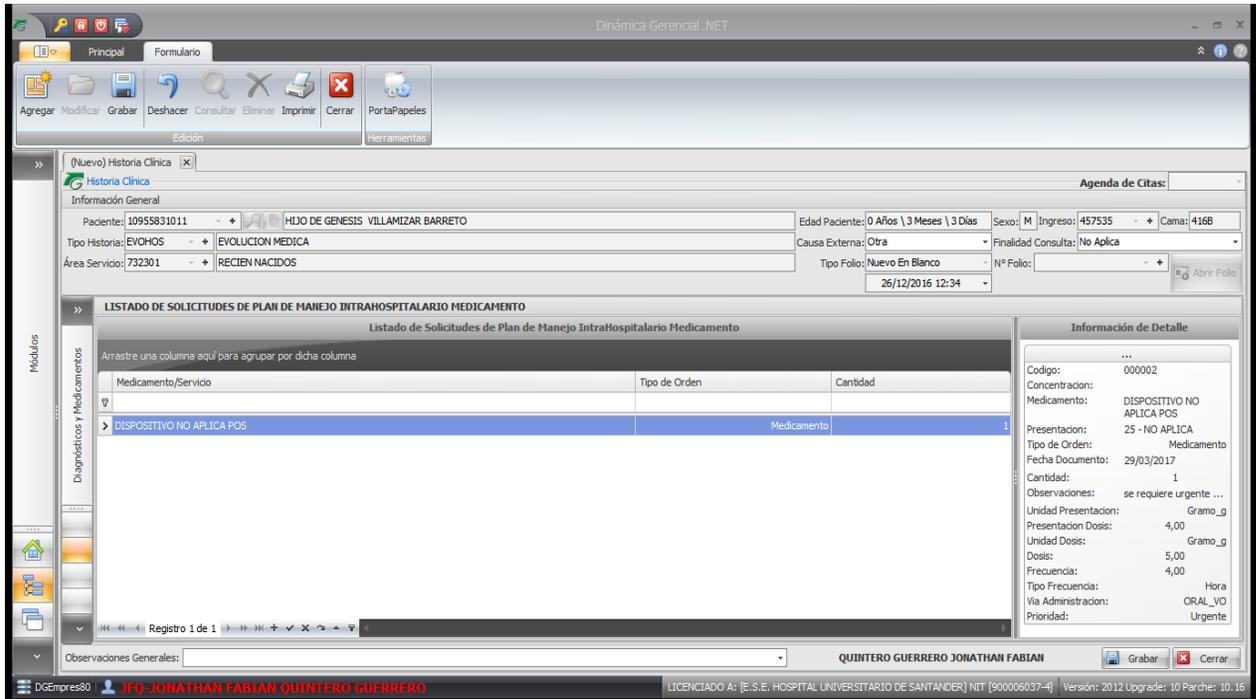
Se debe marcar si corresponde a alguno de los siguientes eventos: No Corresponde, Preoperatorio, Posoperatorio e Histopatológico.

Listado Ítem Guía de Atención: Campo que permite seleccionar procedimientos quirúrgicos, exámenes, procedimientos no quirúrgicos, medicamentos de acuerdo a la parametrización de la guía de atención por Diagnósticos

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones indicadas en caso de ser necesarias.

Para eliminar un diagnóstico, se debe de utilizar el botón de Eliminar  que se encuentra abajo en el panel de listado de diagnóstico.

PLAN DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO

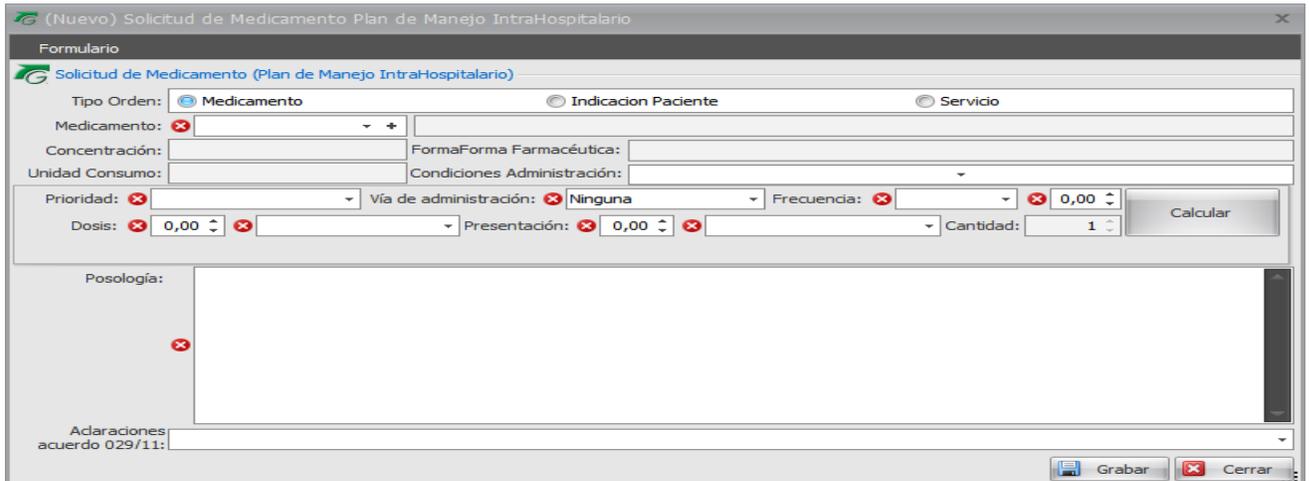


Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo hospitalario. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualiza la información del detalle.

Se puede hacer la búsqueda de un medicamento específico ingresando el parámetro que se desea encontrar en los campos de búsqueda del panel (Medicamento/Servicio, Tipo de orden, Cantidad) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Modificar al seleccionar uno de ellos se mostrará en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se da clic en el botón , para eliminar dar clic en el botón , para visualizar el control de los medicamentos suministrados dar clic en el botón .

Dando clic en  permite agregar un nuevo medicamento intrahospitalario:



(Nuevo) Solicitud de Medicamento Plan de Manejo IntraHospitalario

Formulario

Solicitud de Medicamento (Plan de Manejo IntraHospitalario)

Tipo Orden: Medicamento Indicación Paciente Servicio

Medicamento: FormaForma Farmacéutica:

Concentración: Condiciones Administración:

Unidad Consumo:

Prioridad: Vía de administración: Ninguna Frecuencia: 0,00

Dosis: 0,00 Presentación: 0,00 Cantidad: 1

Posología:

Aclaraciones acuerdo 029/11:

Grabar Cerrar

Tipo Orden: Campo que permite seleccionar si la orden para el paciente es un medicamento, una indicación o servicio, en el caso de ser medicamento se activan los demás campos, en caso contrario solo se activa el campo Termino y Posología.

Medicamento: Campo que permite digitar el código del medicamento que se va a ordenar, recuerde que puede ayudarse en la búsqueda con la opción Buscar que se encuentra al lado del campo.

Concentración: Campo que permite visualizar la concentración del medicamento cargado.

Unidad Consumo: Campo que permite visualizar la unidad de consumo del medicamento.

Forma Farmacéutica: Campo que permite visualizar la forma farmacéutica del medicamento.

Condiciones de administración: Campo que permite consultar las condiciones de administración del medicamento de acuerdo a la parametrización realizada en la opción Archivos / condiciones de administración.

Vía Administración: Campo que permite seleccionar el tipo de aplicación que debe hacer el paciente, puede ser Oral, endovenosa, intramuscular, etc.

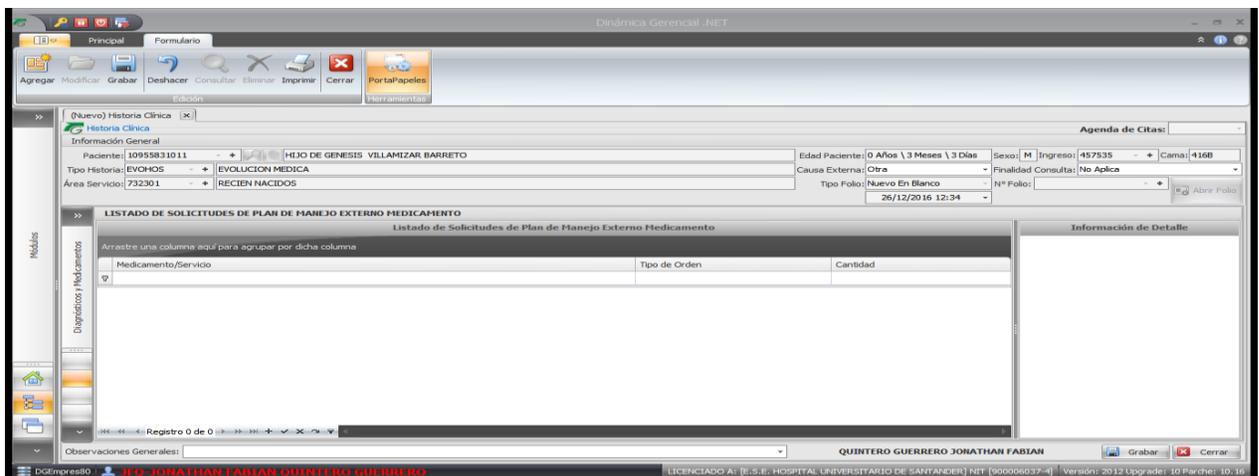
Dosis: Campo que permite seleccionar la cantidad de medicamentos que se deben aplicar al paciente.

Presentación: Campo que permite digitar la presentación del medicamento.

Frecuencia: Campo que permite digitar con qué frecuencia se va administrar el medicamento.

Posología: Campo que permite digitar el tratamiento que debe seguir el paciente en el momento de tomar los medicamentos o seguir las indicaciones.

PLAN DE MANEJO EXTERNO



Dinámica Gerencial - NET

Principal Formulario

Agregar Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar PortalPapeles Herramientas

(Nuevo) Historia Clínica [x]

Historia Clínica

Información General

Paciente: 1095831011 HEJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO Edad Paciente: 0 Años \ 3 Meses \ 3 Dias Sexo: M | Ingreso: 457535 Cama: 4160

Tipo Historia: EVOLUCION Tipo Historia: EVOLUCION MEDICA Causa Externa: Oca Finalidad Consulta: No Aplica

Área Servicio: 732301 RECIENTE NACIDOS Tipo Polo: Nuevo En Blanco Nº Folio: 26/12/2016 12:34

Agenda de Citas:

LISTADO DE SOLICITUDES DE PLAN DE MANEJO EXTERNO MEDICAMENTO

Listado de Solicitudes de Plan de Manejo Externo Medicamento

Arreste una columna aquí para agrupar por dicha columna

Medicamento/Servicio	Tipo de Orden	Cantidad

Información de Detalle

Observaciones Generales:

QUINTERO GUERRERO JONATHAN FABIAN

Grabar Cerrar

Desarrollado por: JONATHAN FABIAN QUINTERO GUERRERO LICENCIADO A: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER NET (00000037-0) Versión: 2012 Upgrade: 10 Fecha: 10/16

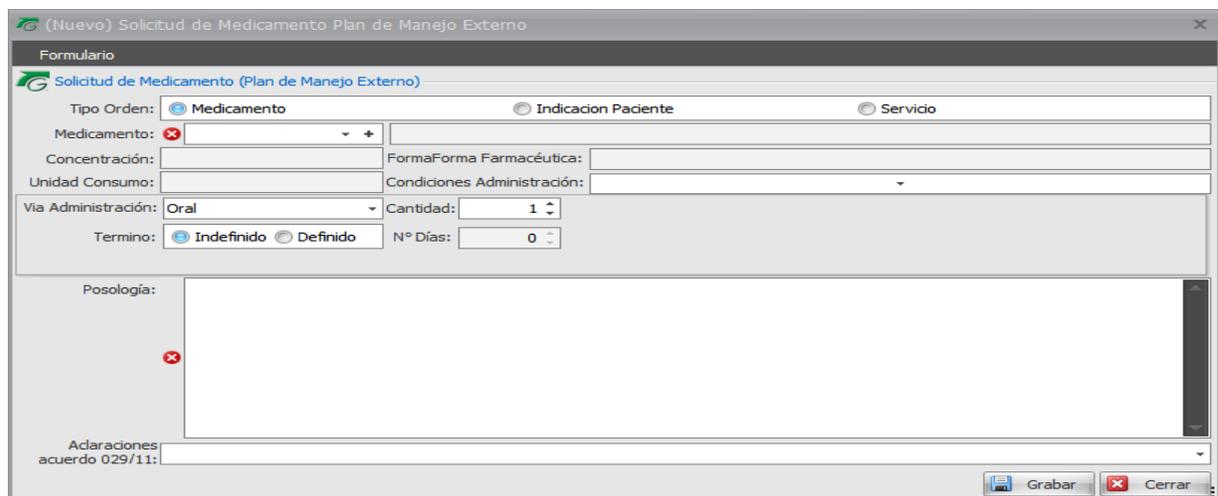
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 62 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Esta opción permite registrar los medicamentos correspondientes a la atención del paciente de tipo ambulatorio. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualiza la información del detalle.

Se puede hacer la búsqueda de un medicamento específico ingresando el parámetro que se se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Tipo de Orden, Descripción, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se pueden modificar, al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón , para eliminar deberá dar clic en el botón .

Dando clic en  permitirá agregar o formular medicamentos a pacientes de tipo ambulatorio:



Tipo Orden: Campo que permite seleccionar si la orden para el paciente es un medicamento, una indicación o servicio, en el caso de ser medicamento se activan los demás campos, en caso contrario solo se activa el campo Termino y Posología.

Medicamento: Campo que permite digitar el código del medicamento que se va a ordenar, recuerde que puede ayudarse en la búsqueda con la opción Buscar, que se encuentra al lado derecho del campo.

Concentración: Campo que permite visualizar la concentración del medicamento cargado.

Unidad Consumo: Campo que permite visualizar la unidad de consumo del medicamento.

Forma Farmacéutica: Campo que permite visualizar la forma farmacéutica del medicamento.

Condiciones de administración: Campo que permite consultar las condiciones de administración del Medicamento de acuerdo a la parametrización realizada en la opción Archivos / condiciones de administración.

Vía Administración: Campo que permite seleccionar el tipo de aplicación que debe hacer el paciente, puede ser Oral, endovenosa, intramuscular, etc.

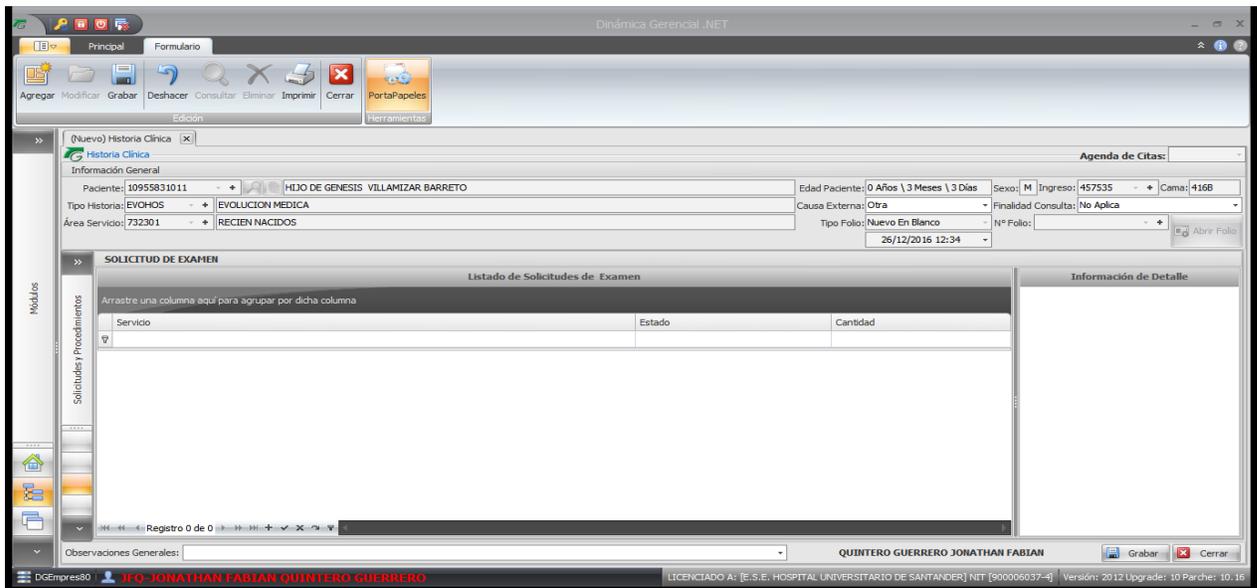
Cantidad: Campo que permite seleccionar la cantidad de medicamentos que se deben aplicar el paciente.

Termino: Campo que permite seleccionar si el paciente debe consumir los medicamentos o seguir las indicaciones, puede ser por tiempo definido o indefinido, en caso de ser definido, se activa el campo N° Días.

N° Días: Campo que permite digitar el número de días que el paciente debe consumir el medicamento o seguir las indicaciones.

Posología: Campo que permite digitar el tratamiento que debe seguir el paciente en el momento de tomar los medicamentos o seguir las indicaciones.

SOLICITUD EXÁMENES

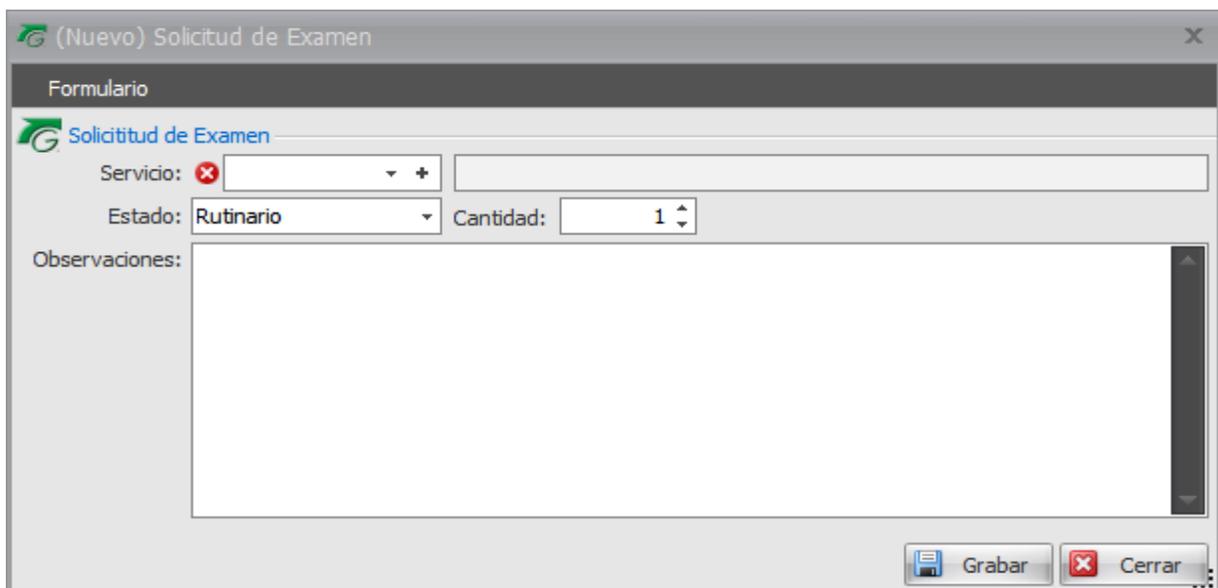


The screenshot displays the 'SOLICITUD DE EXAMEN' module. At the top, there's a toolbar with icons for 'Agregar', 'Modificar', 'Grabar', 'Deshacer', 'Consultar', 'Eliminar', 'Imprimir', 'Cerrar', and 'PortaPapeles'. Below this is the 'Historia Clínica' section with patient details: Paciente: 10955831011, HIJO DE GENESIS VILLAMIZAR BARRETO, Edad: 0 Años \ 3 Meses \ 3 Dias, Sexo: M, Ingreso: 457535, Cama: 4168. The 'SOLICITUD DE EXAMEN' section shows a table with columns for 'Servicio', 'Estado', and 'Cantidad'. The 'Información de Detalle' panel is currently empty. The bottom status bar shows the user 'QUINTERO GUERRERO JONATHAN FABIAN' and the system version '2012 Upgrade: 10 Parchet: 10, 16'.

Esta opción permite registrar los exámenes correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualizan la información de detalle. Recuerde que puede hacer la búsqueda de un examen específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Servicio, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede modificar al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón , para eliminar deberá dar clic en el botón .

Dando clic en  permitirá agregar o adicionar exámenes:



The 'Formulario' for 'Solicitud de Examen' includes a 'Servicio' dropdown menu with a search icon, an 'Estado' dropdown menu set to 'Rutinario', and a 'Cantidad' spinner box set to '1'. Below these is a large 'Observaciones' text area. At the bottom right, there are 'Grabar' and 'Cerrar' buttons.

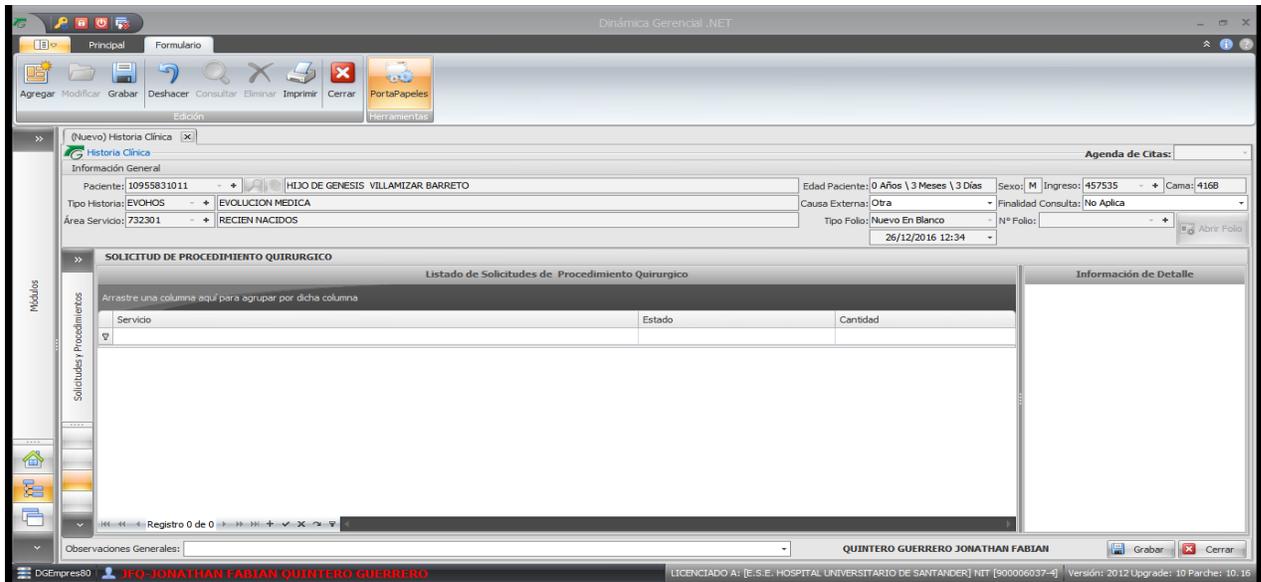
Servicio: Campo que permite digitar el código del servicio que se requiere, el sistema carga automáticamente el nombre del mismo.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado de la solicitud del examen puede ser Rutinario o Urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de exámenes a realizar.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones necesarias para la solicitud del examen.

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS



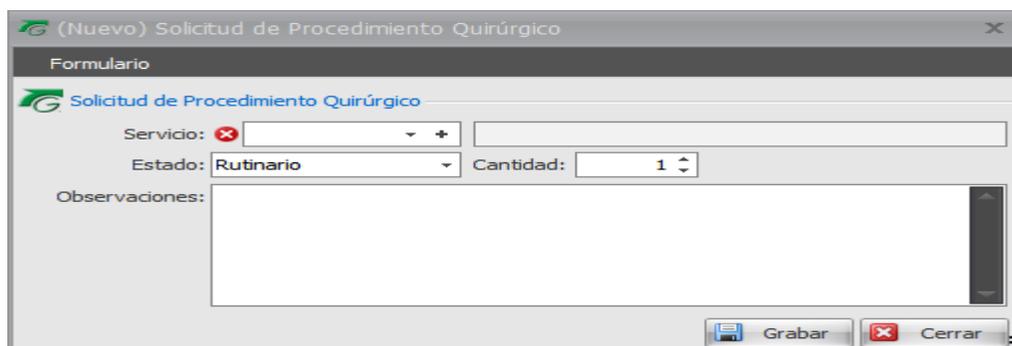
The screenshot shows a web application window titled 'Dinámica Gerencial .NET'. The main content area is titled '(Nuevo) Historia Clínica' and contains a form for 'Solicitud de Procedimiento Quirúrgico'. The form is divided into two main sections: 'Información General' and 'SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO'. The 'Información General' section includes fields for patient name, ID, age, sex, and date of birth. The 'SOLICITUD DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO' section features a table with columns for 'Servicio', 'Estado', and 'Cantidad'. Below the table, there are buttons for 'Agregar', 'Modificar', 'Grabar', 'Deshacer', 'Consultar', 'Eliminar', 'Imprimir', 'Cerrar', and 'PortaPapeles'. The bottom of the window shows the user's name 'QUINTERO GUERRERO JONATHAN FABIAN' and the application version 'Versión: 2012 Upgrade: 10 Parche: 10.10'.

Esta opción permite registrar los procedimientos quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se visualiza el listado de solicitudes y en el derecho se visualiza la información de detalle.

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un procedimiento específico ingresando el parámetro que se se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Código, Examen, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se pueden modificar al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón , para eliminar deberá dar clic en el botón .

Dando clic en  permitirá agregar procedimientos quirúrgicos:



The screenshot shows a 'Formulario' window titled '(Nuevo) Solicitud de Procedimiento Quirúrgico'. The form contains the following fields: 'Servicio' (a dropdown menu with a red 'X' icon), 'Estado' (a dropdown menu with 'Rutinario' selected), 'Cantidad' (a numeric input field with '1' entered), and 'Observaciones' (a large text area). At the bottom of the form, there are two buttons: 'Grabar' and 'Cerrar'.

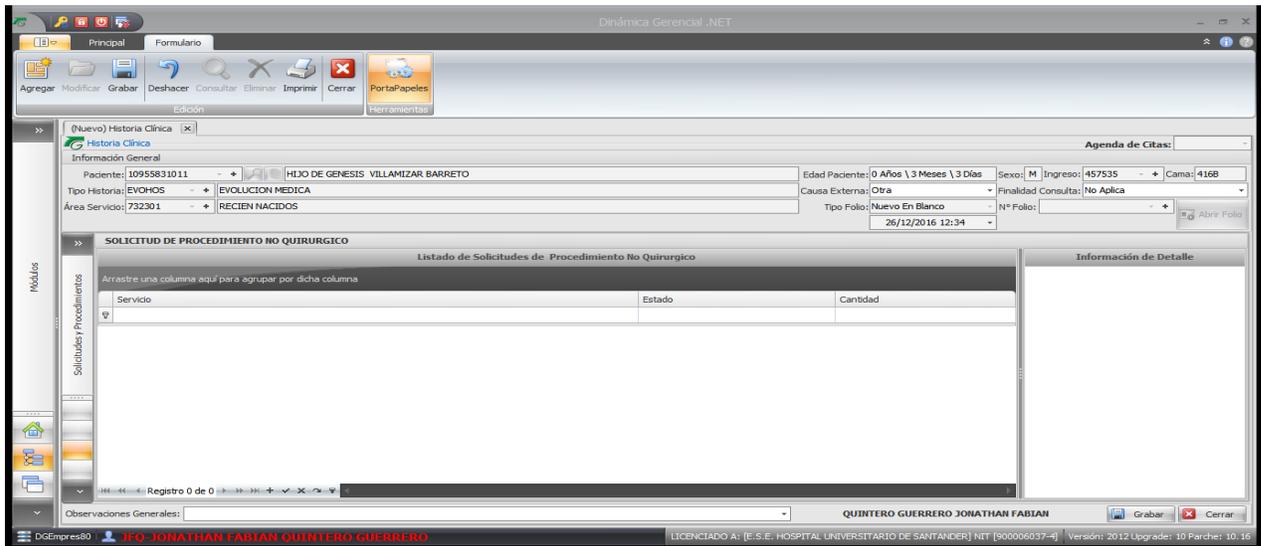
Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio a solicitar.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado del servicio a solicitar, si es rutinario o urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de servicios a solicitar.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones de la solicitud.

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS



Esta opción permite registrar los procedimientos NO quirúrgicos correspondientes a la atención del paciente.

Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se registran y en el derecho se visualizan.

Se puede hacer la búsqueda de un procedimiento específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Servicio, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Modificar al seleccionar uno de ellos se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón , para eliminar deberá dar clic en el botón .

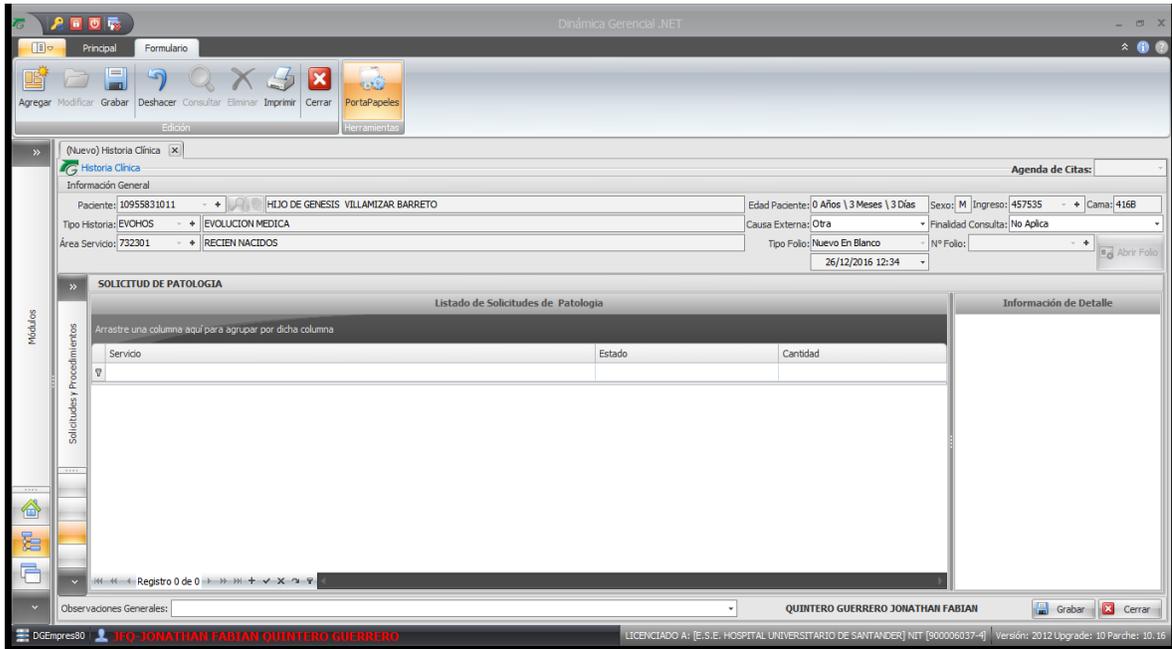
Dando clic en  permitirá agregar procedimientos no quirúrgicos:

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio a solicitar.

Estado: Campo que permite seleccionar el estado del servicio a solicitar, si es rutinario o urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de servicios a solicitar.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones de la solicitud.



SOLICITUD PATOLOGIAS

Esta opción permite registrar las patologías correspondientes a la atención del paciente. Se divide en dos paneles: en el panel izquierdo se registran y en el derecho se visualizan.

Se puede hacer la búsqueda de una patología específica ingresando el parámetro que se se desee encontrar en los campos de búsqueda del panel derecho (Servicio, Estado, Cantidad) y automáticamente se visualizaran los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se pueden modificar al seleccionar uno de ellos, se mostrara en el panel izquierdo y se le podrán realizar las modificaciones que se requieran, para lo cual se deberá dar clic en el botón , para eliminar deberá dar clic en el botón .

Dando clic en  permitirá solicitar patologías:

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio a solicitar.

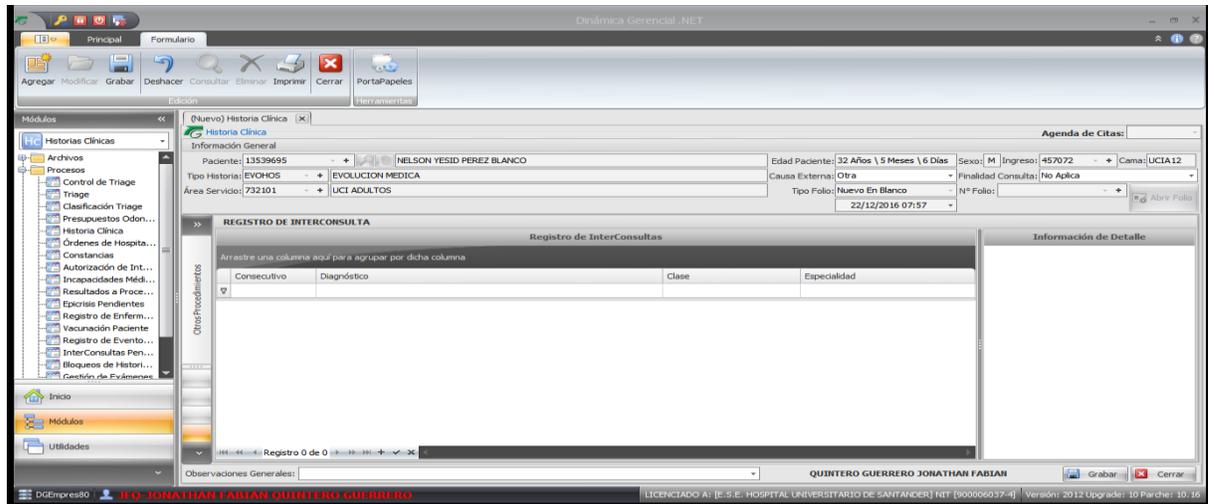
Estado: Campo que permite seleccionar el estado del servicio a solicitar, si es rutinario o urgente.

Cantidad: Campo que permite digitar la cantidad de servicios a solicitar.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones de la solicitud.

Origen Muestra: Campo que permite digitar el origen de la muestra.

INTERCONSULTA



Esta opción permite acceder a las interconsultas y hacer el registro de ellas.

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de interconsulta específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Consecutivo, Diagnóstico, Clase, Especialidad) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Agregar **+**, Modificar **✓** y Eliminar **✗**. Al hacer Clic en Agregar **+** o Modificar **✓**, se despliega la siguiente ventana:

Consecutivo: Campo que permite visualizar el consecutivo de interconsulta. Este valor se genera automáticamente.

Área Servicio: Campo que permite seleccionar el área de servicio a la que se remite la consulta.

Diagnóstico: Campo que permite seleccionar el diagnóstico del paciente.

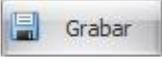
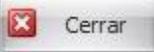
Clase: Campo que permite seleccionar la clase del diagnóstico seleccionado.

Especialidad: Campo que permite seleccionar la especialidad que se solicita como interconsulta.

Servicio: Campo que permite seleccionar el servicio por el cual se hace la interconsulta.

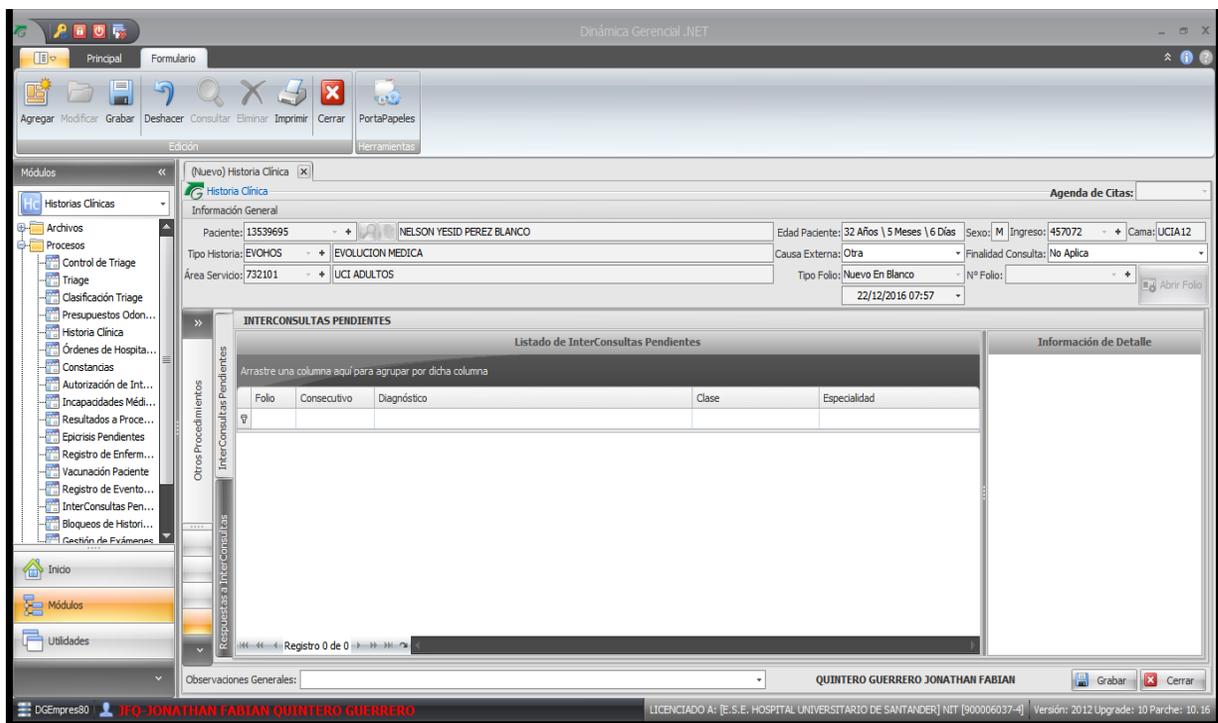
Motivo: Campo que permite digitar el motivo de la interconsulta.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones necesarias para la interconsulta.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar  para guardarlos o haga Clic en Cerrar  para abandonar la ventana.

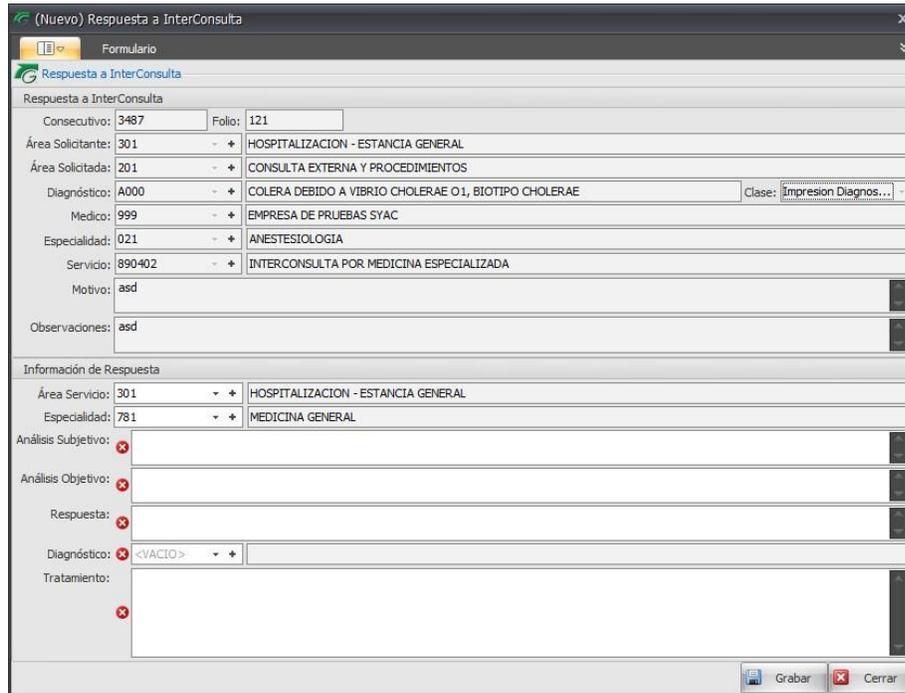
RESPUESTA A INTERCONSULTA PESTAÑA INTERCONSULTAS PENDIENTES

En esta pestaña se visualizan todas las interconsultas asociadas al paciente que se encuentran pendientes por responder.



Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de interconsulta específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Fecha, Consecutivo, Diagnóstico, Clase y Especialidad) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se puede dar Clic en Responder  a lo que se despliega la siguiente ventana



RESPUESTA A INTERCONSULTA

Consecutivo: Campo que permite visualizar el consecutivo de la interconsulta registrada.

Área Solicitante: Campo que permite visualizar el área solicitante.

Área Solicitada: Campo que permite visualizar el área solicitada.

Diagnóstico: Campo que permite visualizar el diagnostico por el cual se registró la interconsulta.

Médico: Campo que permite visualizar el médico que solicito la interconsulta.

Especialidad: Campo que permite visualizar la especialidad del médico que solicita la interconsulta.

Servicio: Campo que permite visualizar el servicio correspondiente a la interconsulta.

Motivo: Campo que permite visualizar el motivo por el cual se realiza solicita la interconsulta.

Observaciones: Campo que permite visualizar las observaciones de la solicitud de interconsulta.

INFORMACIÓN DE RESPUESTA

Área de Servicio: Campo que permite seleccionar el área de servicio correspondiente a la respuesta.

Especialidad: Campo que permite seleccionar la especialidad correspondiente a la respuesta de interconsulta.

Análisis Subjetivo: Campo que permite digitar el análisis subjetivo de la respuesta a la interconsulta realizada.

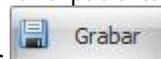
Análisis Objetivo: Campo que permite digitar el análisis objetivo de la respuesta a interconsulta.

Respuesta: Campo que permite digitar la respuesta a la interconsulta.

Diagnóstico: Campo que permite seleccionar el diagnostico determinado en la interconsulta realizada.

Tratamiento: Campo que permite digitar el tratamiento a realizar el paciente.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar



para guardarlos o haga Clic en Cerrar



para abandonar la ventana.

PESTAÑA RESPUESTA A INTERCONSULTAS

En esta pestaña se muestra un listado de las interconsultas a las que se le dieron respuesta:

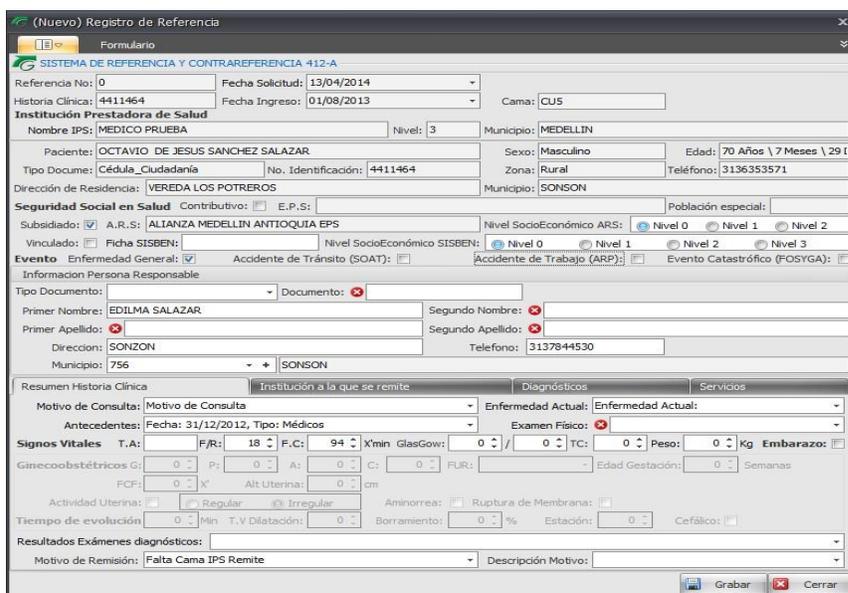
Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Modificar y Eliminar .

REFERENCIA

En esta opción puede ingresar referencias del paciente para hacer una remisión a otra institución, para esto debe hacer Clic en Agregar , entonces se despliega una ventana donde debe ingresar la siguiente información:

Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de referencia específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Consecutivo o Prestadora de Salud) y automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales puede Agregar **+**, Modificar **▼** y Eliminar **✕**. Al hacer Clic en Agregar **+** o Modificar **▼**, se despliega la siguiente ventana:



INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Tipo Documento: Campo que permite seleccionar el tipo de identificación de la persona responsable.

Documento: Campo que permite digitar el número de identificación de la persona responsable.

Primer Nombre: Campo que permite digitar el primer nombre de la persona responsable.

Segundo Nombre: Campo que permite digitar el segundo nombre de la persona responsable.

Primer Apellido: Campo que permite digitar el primer apellido de la persona responsable.

Segundo Apellido: Campo que permite digitar el segundo apellido de la persona responsable.

Dirección: Campo que permite digitar la dirección de la persona responsable.

Teléfono: Campo que permite digitar el número de teléfono de la persona responsable.

Municipio: Campo que permite seleccionar el lugar de residencia de la persona responsable.

PESTAÑA RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Ingresar la siguiente información:

Motivo Consulta: Campo que permite digitar la razón por la cual el paciente acude a consulta.

Enfermedad Actual: Campo que permite digitar la enfermedad que presenta el paciente.

Antecedentes: Campo que permite digitar los eventos anteriores al motivo de consulta.

Examen Físico: Campo que permite digitar el resultado del examen físico.

Signos Vitales: Campo que permite digitar los valores presentados en signos vitales como tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca.

Peso: Valor en kilogramos del peso del paciente.

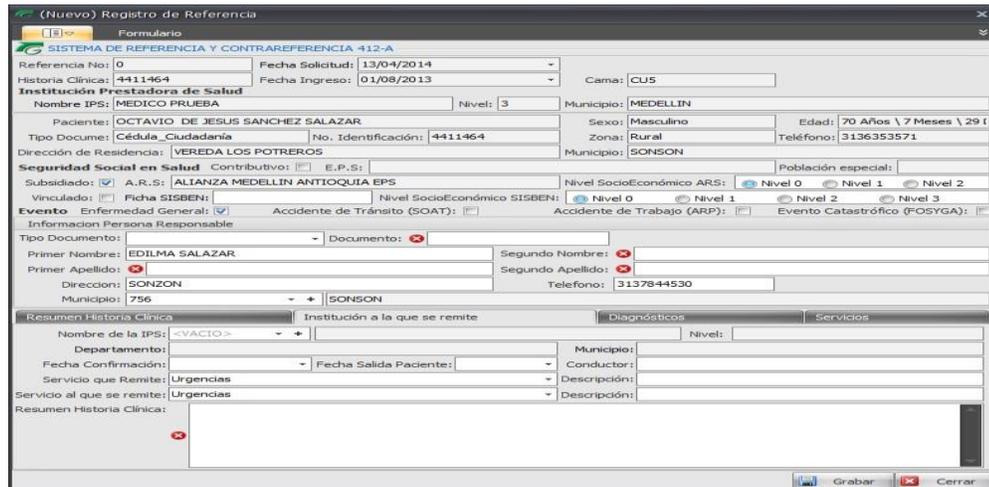
Embarazo: Campo que permite marcar el campo si la paciente se encuentra en embarazo.

Resultado de Exámenes Diagnósticos: Campo que permite digitar el resumen del resultado de los exámenes practicados.

Motivo de la remisión: Campo que permite seleccionar entre las opciones el motivo por el cual se realiza la remisión del paciente a otra institución.

Descripción Motivo: Campo que permite digitar la información complementaria que justifica la remisión.

PESTAÑA INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE



Nombre de la IPS: Campo que permite digitar el nombre de la IPS a la cual se remite al paciente.

Nivel: Seleccione el nivel de la IPS a la que se remite al paciente.

Fecha Confirmación: Campo que permite seleccionar la fecha en la cual se confirmó que se podía hacer la remisión.

Fecha Salida Paciente: Campo que permite seleccionar la fecha de salida del paciente.

Conductor: Campo que permite digitar el nombre del conductor que lleva al paciente.

Servicio que Remite: Campo que permite seleccionar y describir el servicio que está remitiendo al paciente.

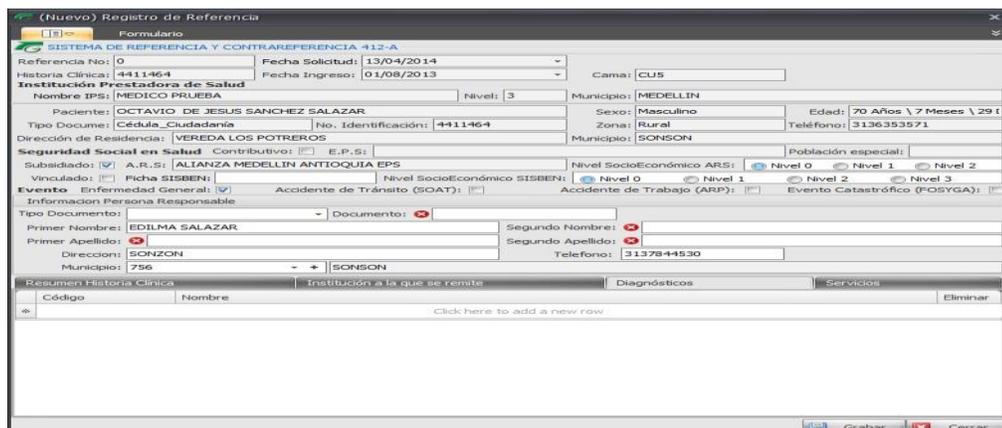
Servicio al que se Remite: Campo que permite seleccionar y describir el servicio al que se está remitiendo al paciente.

Resumen de la Historia Clínica: Campo que permite digitar el resumen de la historia clínica del paciente.

Las pestañas de diagnósticos y Servicios, son de carácter informativo y presentan la información registrada del paciente en la institución actual.

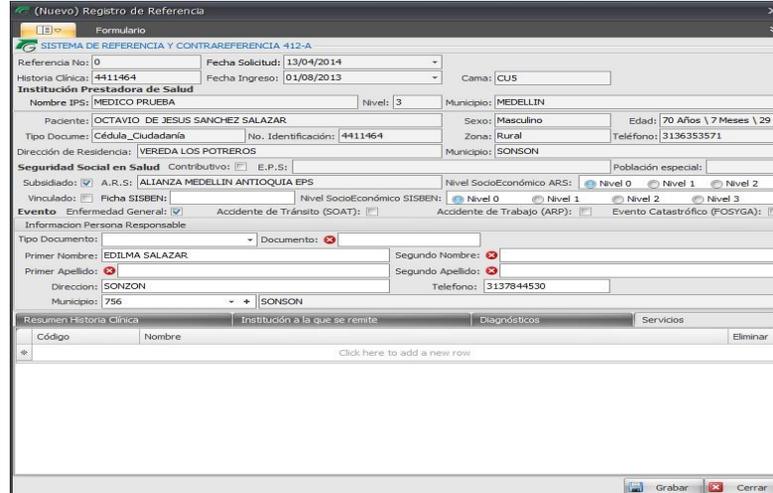
PESTAÑA DIAGNÓSTICOS

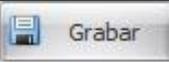
Registre en esta pantalla los diagnósticos de referencia que maneje.

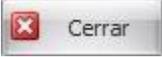


PESTAÑA SERVICIOS

Registre en esta pestaña los servicios de referencia que maneje

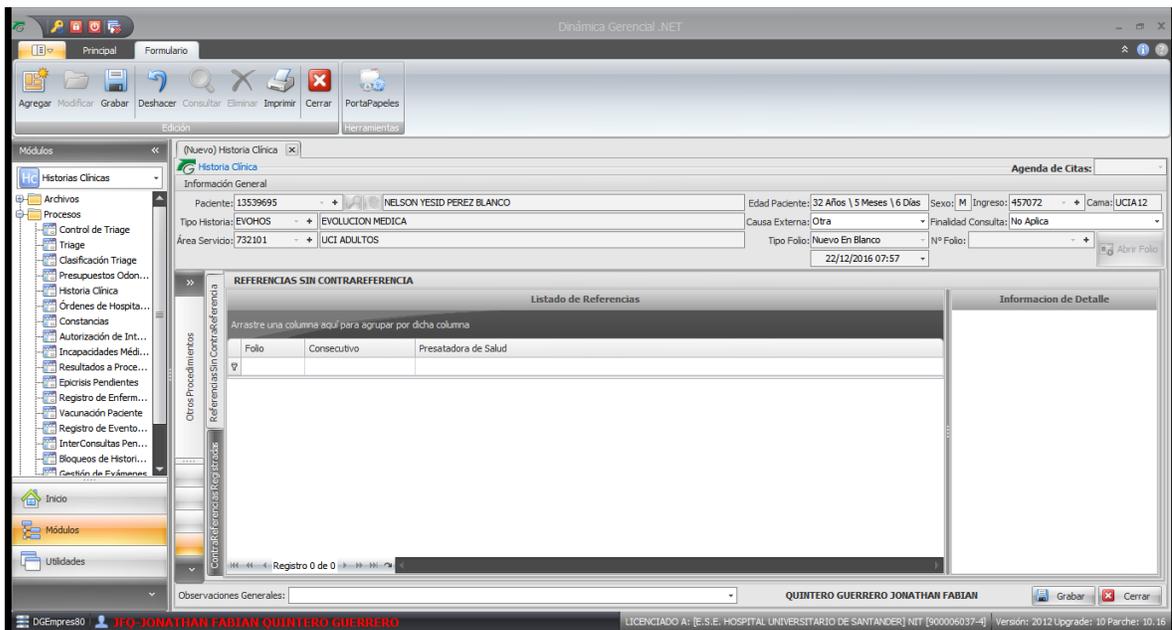


Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar  para guardarlos o haga Clic en Cerrar

 para abandonar la ventana.

CONTRAREFERENCIA PESTAÑA REFERENCIAS SIN CONTRAREFERENCIA

Esta opción permite diligenciar la respuesta a las remisiones o referencias de los pacientes.



Recuerde que puede hacer la búsqueda de un registro de referencia sin contra referencia específico ingresando el parámetro que se desee encontrar en los campos de búsqueda (Folio, Consecutivo o Prestadora de Salud) y

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 74 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

automáticamente se visualizarán los registros que cumplan con los parámetros. Para visualizar todos los registros se debe borrar el parámetro ingresado.

Se listan los registros existentes, de entre los cuales se puede dar Clic en Contra Referencia a lo que se despliega la siguiente ventana:

Ingrese la siguiente información:

INFORMACIÓN PERSONA RESPONSABLE

Tipo Documento: Campo que permite seleccionar el tipo de identificación de la persona responsable.

Documento: Campo que permite digitar el número de identificación de la persona responsable.

Primer Nombre: Campo que permite digitar el primer nombre de la persona responsable.

Segundo Nombre: Campo que permite digitar el segundo nombre de la persona responsable.

Primer Apellido: Campo que permite digitar el primer apellido de la persona responsable.

Segundo Apellido: Campo que permite digitar el segundo apellido de la persona responsable.

Dirección: Campo que permite digitar la dirección de la persona responsable.

Teléfono: Campo que permite digitar el número de teléfono de la persona responsable.

Municipio: Campo que permite seleccionar el lugar de residencia de la persona responsable.

PESTAÑA RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (RESPUESTA A LA REMISIÓN)

Hallazgos Clínicos: Campo que permite digitar lo objetivo que encuentra el medico al paciente.

Resultado de Procedimientos: Campo que permite digitar los resultados de procedimientos de diagnóstico.

Tratamientos Instaurados: Campo que permite digitar los tratamientos realizados a los pacientes.

Recomendaciones: Campo que permite digitar Recomendaciones al paciente.

Relación de Anexos: Campo que permite digitar otros documentos del paciente.

Conducta: Campo que permite seleccionar el tipo de Contra Referencia.

Descripción: Campo que permite digitar una descripción a la contra referencia.

PESTAÑA DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

Registre en esta pantalla los diagnósticos de ingreso del paciente:

(Nuevo) Registro de ContraReferencia

Formulario

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 412-B

Referencia N°: 18 Historia Clínica: 4411464 Folio: 138 Fecha Diligenciamiento: 13/04/2014

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD

Nombre IPS: MEDICO PRUEBA Nivel: 3

Municipio: MEDELLIN Fecha Ingreso: 01/08/2013 Fecha Egreso: 13/04/2014

Información Persona Responsable

Tipo Documento: Documento: ✖

Primer Nombre: EDILMA SALAZAR Segundo Nombre: ✖

Primer Apellido: ✖ Segundo Apellido: ✖

Dirección: SONZON Telefono: 3137844530

Municipio: 756 + SONZON

Resumen de Historia Clínica (Respuesta a la remisión) Diagnósticos de Ingreso Diagnósticos de Salida

Código	Nombre	Eliminar
Click here to add a new row		
A014	FIEBRE PARATIFOIDEA, NO ESPECIFICADA	✖

Institución a la que se contraremite

Nombre IPS: 56150772001 + CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER INCARE S A Nivel: IV

Departamento: ANTIOQUIA Municipio: RIONEGRO

Fecha Confirmación: Fecha Salida Paciente: Conductor: 0

Grabar Cerrar

Para eliminar un registro de Clic en Eliminar ✖ .

PESTAÑA DIAGNÓSTICOS DE SALIDA

Registre en esta pantalla los diagnósticos de salida del paciente:

(Nuevo) Registro de ContraReferencia

Formulario

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 412-B

Referencia N°: 18 Historia Clínica: 4411464 Folio: 138 Fecha Diligenciamiento: 13/04/2014

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD

Nombre IPS: MEDICO PRUEBA Nivel: 3

Municipio: MEDELLIN Fecha Ingreso: 01/08/2013 Fecha Egreso: 13/04/2014

Información Persona Responsable

Tipo Documento: Documento: ✖

Primer Nombre: EDILMA SALAZAR Segundo Nombre: ✖

Primer Apellido: ✖ Segundo Apellido: ✖

Dirección: SONZON Telefono: 3137844530

Municipio: 756 + SONZON

Resumen de Historia Clínica (Respuesta a la remisión) Diagnósticos de Ingreso Diagnósticos de Salida

Código	Nombre	Eliminar
Selecciona...		✖
A014	FIEBRE PARATIFOIDEA, NO ESPECIFICADA	✖

Institución a la que se contraremite

Nombre IPS: 56150772001 + CENTRO CARDIOVASCULAR SOMER INCARE S A Nivel: IV

Departamento: ANTIOQUIA Municipio: RIONEGRO

Fecha Confirmación: Fecha Salida Paciente: Conductor: 0

Grabar Cerrar

Para eliminar un registro de Clic en Eliminar. ✖

INSTITUCIÓN A LA QUE SE CONTRA REMITE

Nombre IPS: Campo que permite seleccionar la IPS a la que se devuelve el paciente.

Nivel: Campo que permite visualizar el nivel de la IPS a la que se devuelve el paciente.

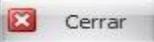
Departamento: Campo que permite visualizar el departamento en el que se ubica la IPS a la que se devuelve el paciente.

Municipio: Campo que permite visualizar el municipio en el que se ubica la IPS a la que se devuelve el paciente.

Fecha de Confirmación: Campo que permite seleccionar la fecha en la que se confirma la devolución del paciente.

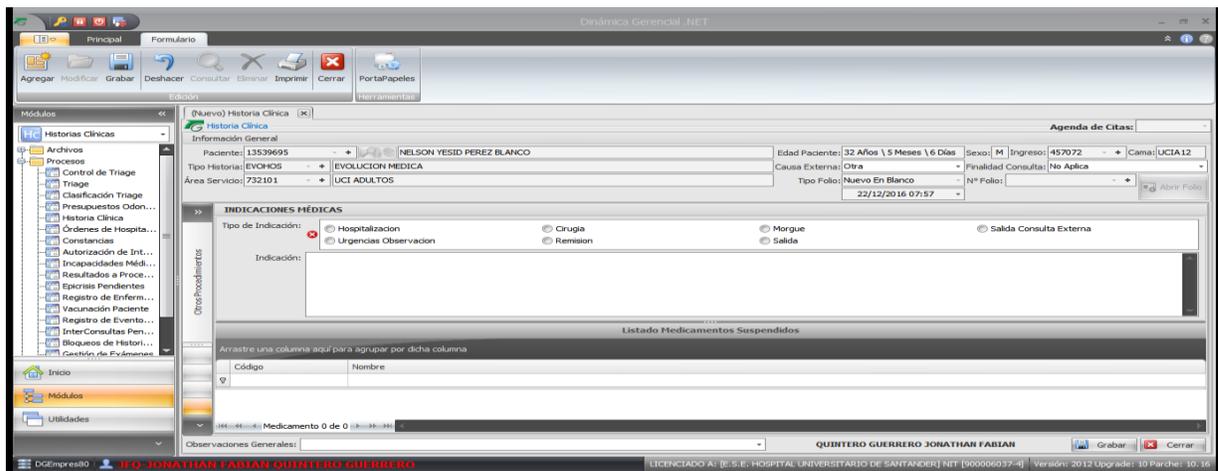
Fecha Salida Paciente: Campo que permite seleccionar la fecha de salida del paciente.

Conductor: Campo que permite digitar el nombre del conductor que transporta el paciente.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en Grabar  para guardarlos o haga Clic en Cerrar  para abandonar la ventana.

INDICACIONES MÉDICAS

Esta opción permite seleccionar las indicaciones médicas dadas por el profesional al paciente: Hospitalización, Cirugía, Morgue, Salida de Consulta Externa, Urgencias Observación, Remisión, Salida.



Ingrese la siguiente información:

Tipo Indicación: Campo que permite seleccionar el tipo de indicación correspondiente al paciente.

Indicación: Campo que permite digitar las indicaciones del paciente.

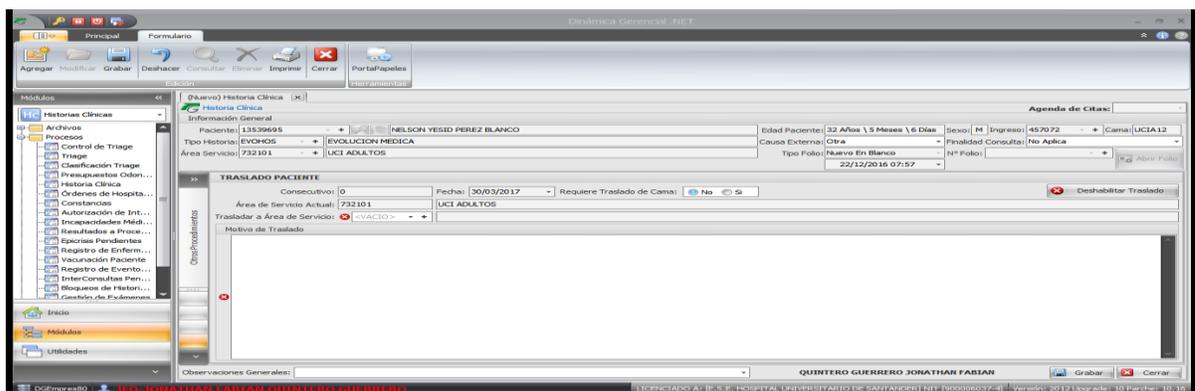
PESTAÑA MEDICAMENTOS

En esta pestaña se puede visualizar un registro de los medicamentos que le han sido solicitados al paciente.

Si se realiza un registro de medicamento se puede dar Clic en Actualizar  para ver el nuevo registro ingresado.

TRASLADO PACIENTE

Esta opción permite diligenciar los traslados del paciente a las diferentes áreas de servicio de la institución.



	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 77 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Ingrese la siguiente información:

Consecutivo: Campo que permite visualizar el consecutivo del traslado. Este valor se genera automáticamente.

Fecha: Campo que permite visualizar la fecha en la que se realizará el traslado del paciente. Se postula automáticamente la fecha actual.

Requiere Traslado de Cama: Campo que permite seleccionar si el traslado también requiere traslado de cama.

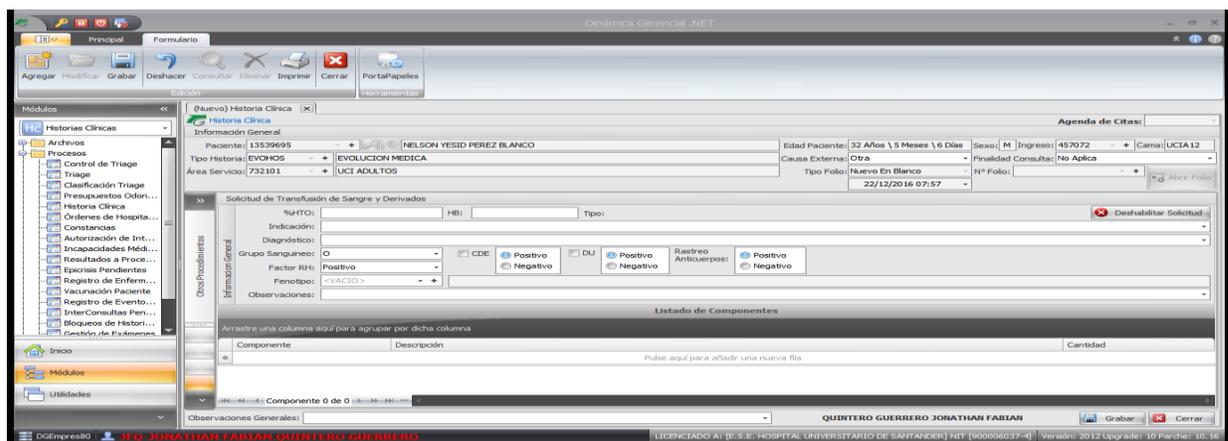
Área de Servicio Actual: Campo que permite visualizar el área de servicio donde se encuentra actualmente el paciente.

Trasladar a Área de Servicio: Campo que permite seleccionar el área servicio a donde va a ser trasladado el paciente.

Motivo de Traslado: Campo que permite digitar el motivo del traslado del paciente.

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Esta opción le permite realizar la solicitud de transfusión de sangre, componentes y derivados en caso de que un paciente lo requiera.



Ingrese la siguiente información:

%HTO: Campo que permite digitar el % de Hemoglobina en la sangre.

HB: Campo que permite digitar la Hemoglobina en la sangre.

Indicación: Campo que permite digitar la indicación del paciente.

Diagnóstico: Campo que permite digitar el diagnóstico del paciente.

Grupo Sanguíneo: Campo que permite seleccionar el grupo sanguíneo del paciente.

Factor RH: Campo que permite seleccionar el tipo de sangre.

Fenotipo: Campo que permite digitar el fenotipo.

Observaciones: Campo que permite digitar la descripción o detalle de la transfusión.

CDE: Campo que permite seleccionar si el cde es positivo o negativo.

DU: Campo que permite seleccionar si el DU es Positivo o negativo.

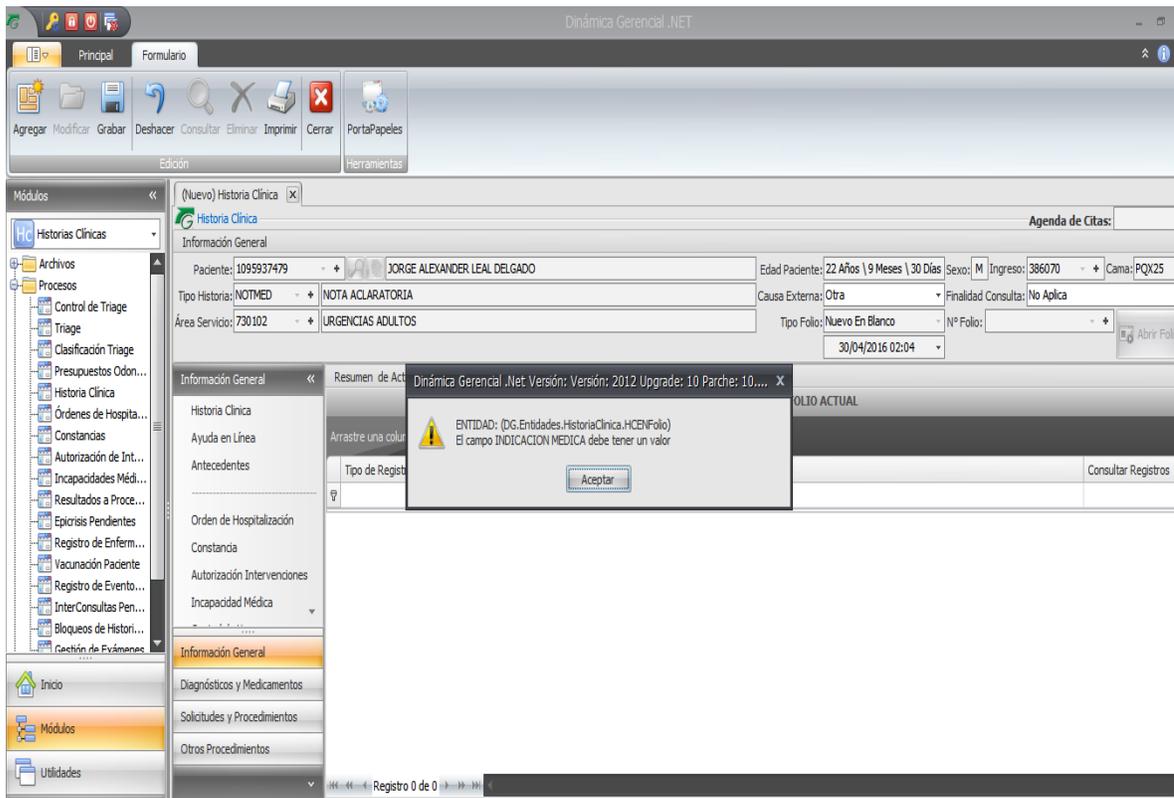
Rastreo Anticuerpos: Campo que permite digitar si el rastreo anticuerpos es positivo o negativo.

BOTON DE GRABAR

Cuando se termina de diligenciar la historia clínica, se procede a grabar  la historia clínica.

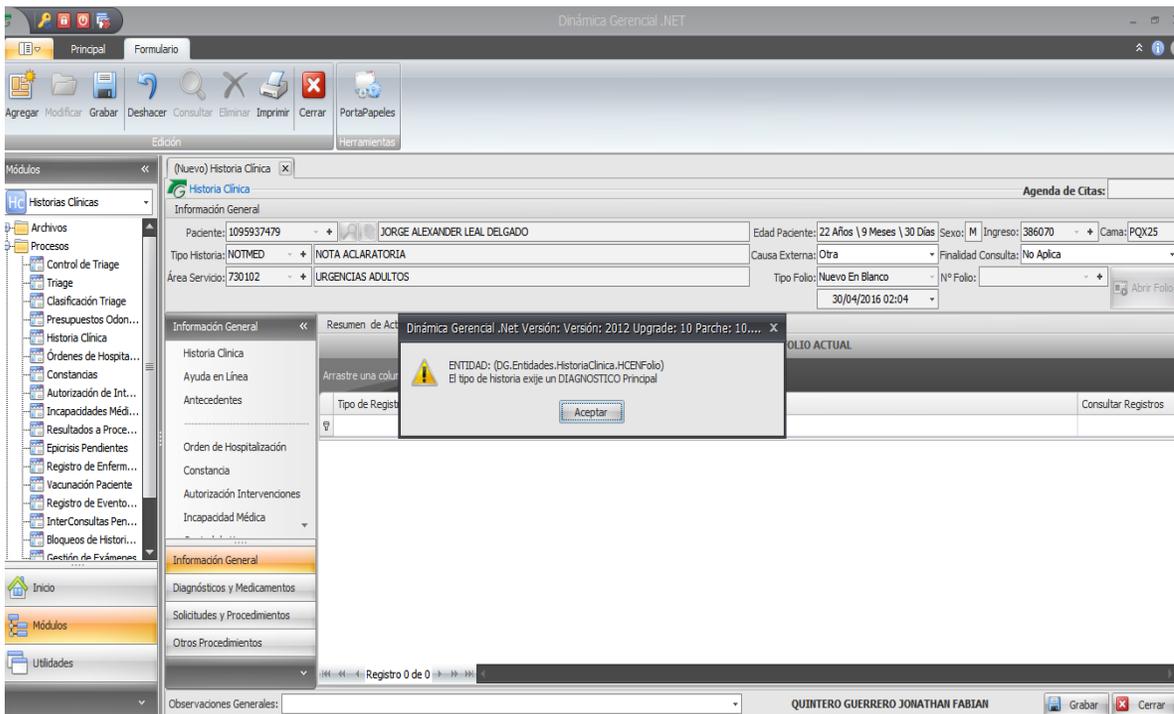
El sistema va indicando por medio de mensajes que hizo falta consultar antecedentes al paciente, las indicaciones médicas o diagnosticar al paciente como se muestra en las imágenes:

Mensaje de indicación medica



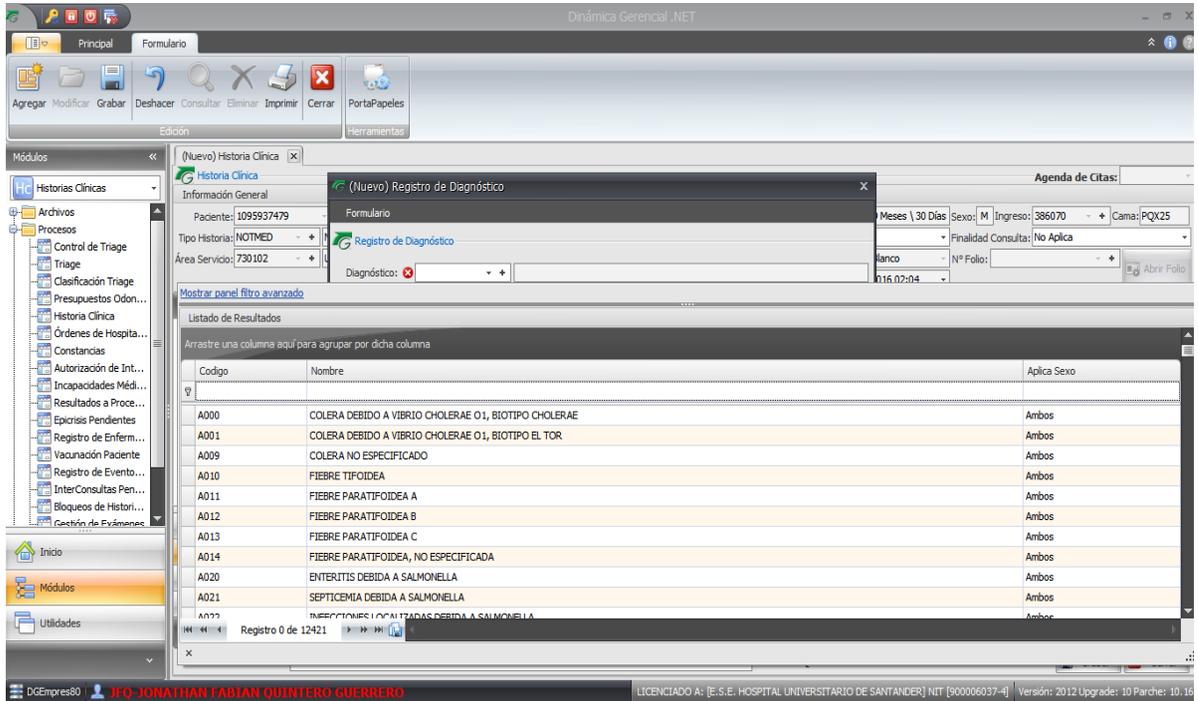
The screenshot shows the 'Dinámica Gerencial .NET' application interface. The main window displays a medical history form for patient 'JORGE ALEXANDER LEAL DELGADO'. A warning dialog box is overlaid on the form, stating: 'ENTIDAD: (DG.Entidades.HistoriaClinica.HCE\Folio) El campo INDICACION MEDICA debe tener un valor'. The dialog box has an 'Aceptar' button. The form fields include: Paciente: 1095937479, Edad Paciente: 22 Años \ 9 Meses \ 30 Días, Sexo: M, Ingreso: 386070, Cama: PQX25, Tipo Historia: NOTMED, Causa Externa: Otra, Finalidad Consulta: No Aplica, Área Servicio: 730102, URGENCIAS ADULTOS, Tipo Folio: Nuevo En Blanco, N° Folio: 30/04/2016 02:04. The left sidebar shows a tree view of modules, and the bottom status bar indicates 'Registro 0 de 0'.

Mensaje diagnóstico

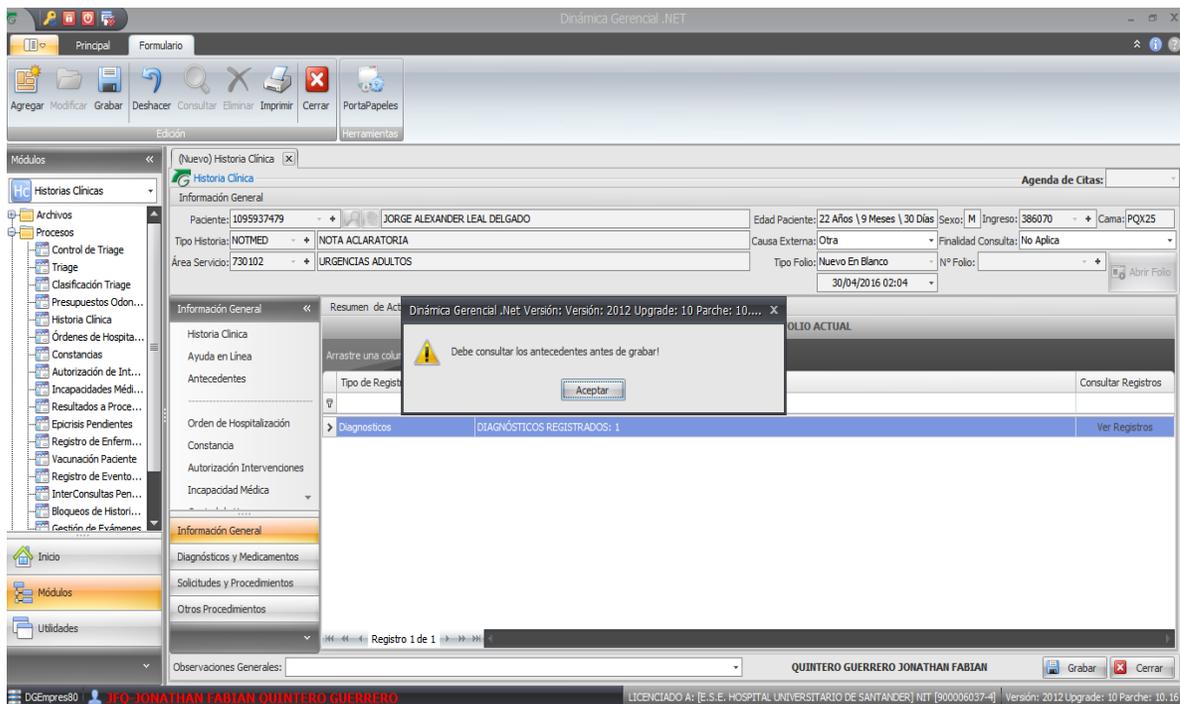


The screenshot shows the 'Dinámica Gerencial .NET' application interface, similar to the previous one. The main window displays a medical history form for patient 'JORGE ALEXANDER LEAL DELGADO'. A warning dialog box is overlaid on the form, stating: 'ENTIDAD: (DG.Entidades.HistoriaClinica.HCE\Folio) El tipo de historia exige un DIAGNOSTICO Principal'. The dialog box has an 'Aceptar' button. The form fields include: Paciente: 1095937479, Edad Paciente: 22 Años \ 9 Meses \ 30 Días, Sexo: M, Ingreso: 386070, Cama: PQX25, Tipo Historia: NOTMED, Causa Externa: Otra, Finalidad Consulta: No Aplica, Área Servicio: 730102, URGENCIAS ADULTOS, Tipo Folio: Nuevo En Blanco, N° Folio: 30/04/2016 02:04. The left sidebar shows a tree view of modules, and the bottom status bar indicates 'Registro 0 de 0'.

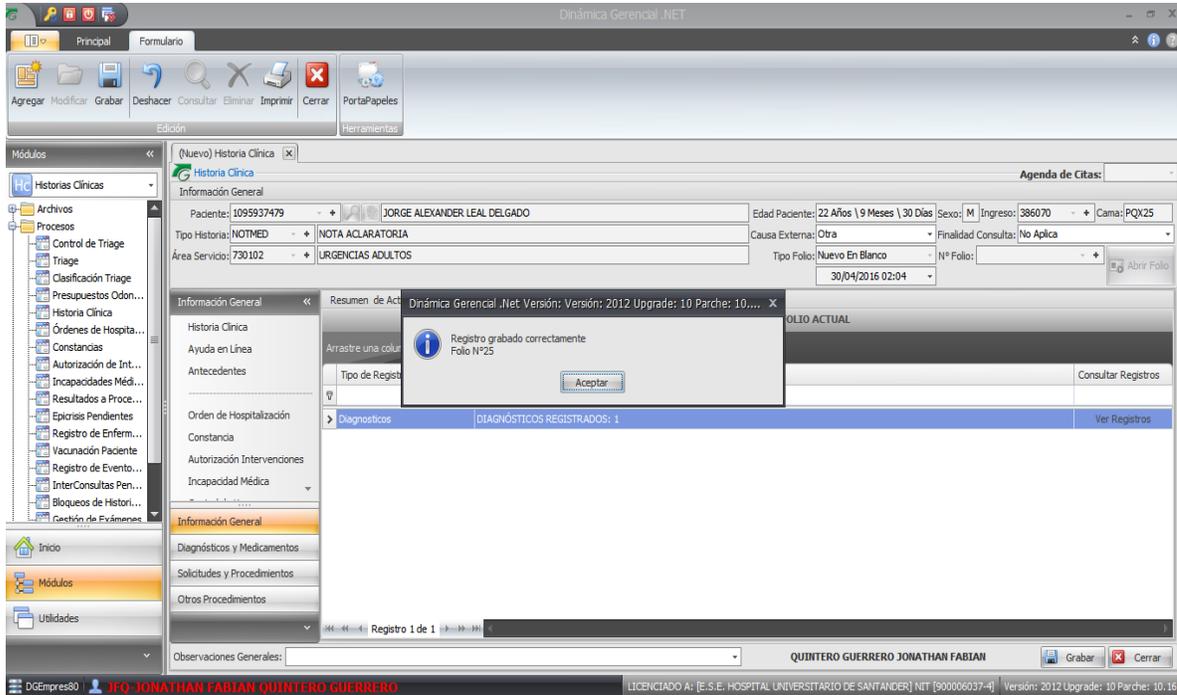
Al momento de darle clic en el botón aceptar me despliega la ventana de todos los diagnósticos para ingresar al paciente como se muestra en la siguiente imagen.



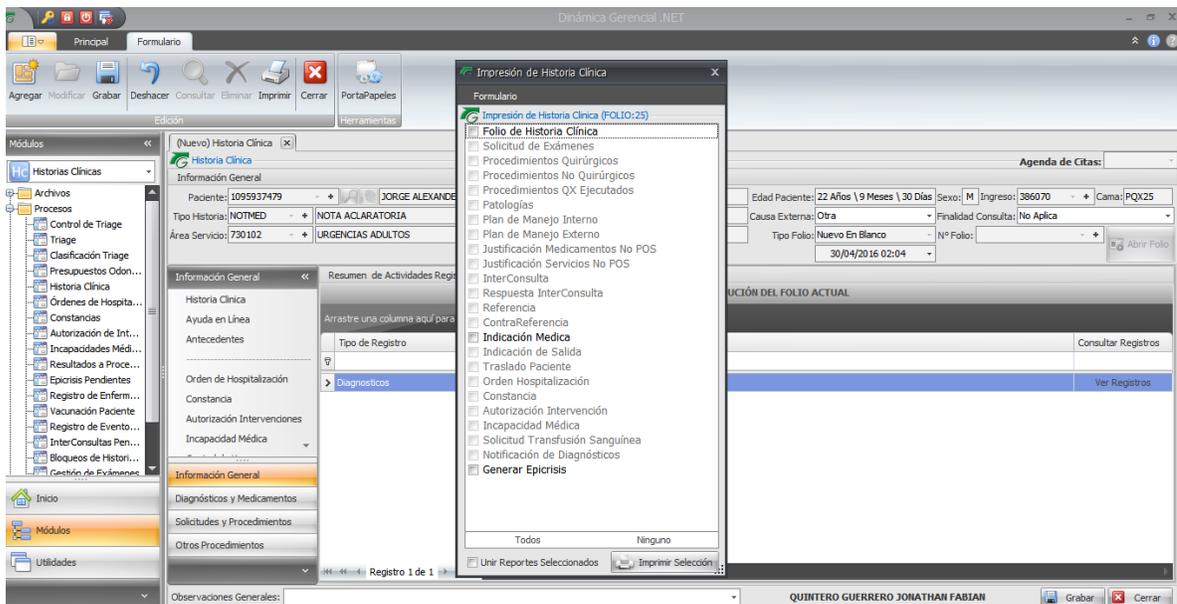
Mensaje antecedente



Después de consultar los antecedentes se procede a darle clic nuevamente al botón de grabar si todo quedo bien diligenciado en todo el proceso anterior debe de mostrar un mensaje con el número de folio a grabar como muestra en la imagen:



Después de que muestra el mensaje de grabado satisfactoriamente con el número de folio correspondiente se da clic al botón de aceptar y se genera una ventana nueva para imprimir lo que se requiera como muestra en la imagen.



Se seleccionan los campos a imprimir o si no se desea imprimir simplemente se da clic a la x y finaliza el diligenciamiento de la historia clínica.

9.5. ANEXO 5. INSTRUCCIONES PARA NOTA ACLARATORIA

Antes de empezar a trabajar en la nota se encuentra un mensaje informativo donde muestra la ruta para que el medico pueda responder las interconsultas pendientes, orientando al médico que las interconsultas no se respondan por acá.

**ATENCIÓN... Si va a responder interconsulta siga esta ruta: Otros Procedimientos\Respuesta Interconsulta
NO LO HAGA DENTRO DE LA INFORMACION SUBJETIVA DEL PACIENTE**

Inicialmente se tiene un campo solo texto llamado NOTA MEDICA este campo cabe aclarar que está limitado a 500 caracteres donde el médico puede llenar la información de la nota aclarando lo sucedido, como se muestra a continuación:

NOTA MÉDICA

Los siguientes campos son de tipo selección el cual despliega todos los usuarios registrados en dinámica.net, el médico que está realizando su nota aclaratoria debe buscar su usuario y nombre en esos campos, cabe resaltar que el campo de (MEDICO ESPECIALISTA) es obligatorio como se muestra en la siguiente imagen.

Codigo	Tipo Documento	Documento	Nombre Completo	Tipo Medico	Tipo Contribuyente	Tipo Retención	Telefono Principal	Estado Actual
666	Cedula de Ciudadanía	6660006666	PRUEBA ENFERMERA JEFE	Enfermera	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	66666666	Activo
777	Cedula de Ciudadanía	7770007777	PRUEBA MEDICO	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención		Activo
AAA	Cedula de Ciudadanía	63489256	ARIAS AMAYA ADRIANA MILENA	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3167408410	Activo
AAD	Cedula de Ciudadanía	1098719464	AMADO DURAN ANDREA STEFANIA	Auxiliar_Enfermeria	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3178556158	Activo
AAH	Cedula de Ciudadanía	9093604	HERRERA HERNANDEZ ALVARO ANTONIO	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	6368296	Activo
AAJ	NIT	91530709	ARIZA ARIZA JESUS HARVEY	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	6363977	Activo
AAM	Cedula de Ciudadanía	1098710641	ARIAS MAYRA ALEJANDRA	Auxiliar_Enfermeria	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	6414438	Activo
AAN	Cedula de Ciudadanía	72234148	NORIEGA LABARCES ALEX ALFONSO	Medico_General	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3125947702-3212601918 - 3102220364	Activo
AAR	Cedula de Ciudadanía	37546980	ACEVEDO RAMIREZ ALCIRA	Medico_Especialista	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3158717409	Activo
AARR	Cedula de Ciudadanía	91462169	ARCINIEGAS RODRIGUEZ ALBERTO	Otro	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención		Activo
AA11	Cedula de Ciudadanía	37546735	URIBE CORREDOR ADRIANA ALEJANDRA	Enfermera	Regimen_Simplificado	Hacer_Retención	3163380044	Activo

Registro 0 de 2513

MEDICO ESPECIALISTA campo obligatorio

MEDICO RESIDENTE <VACIO>

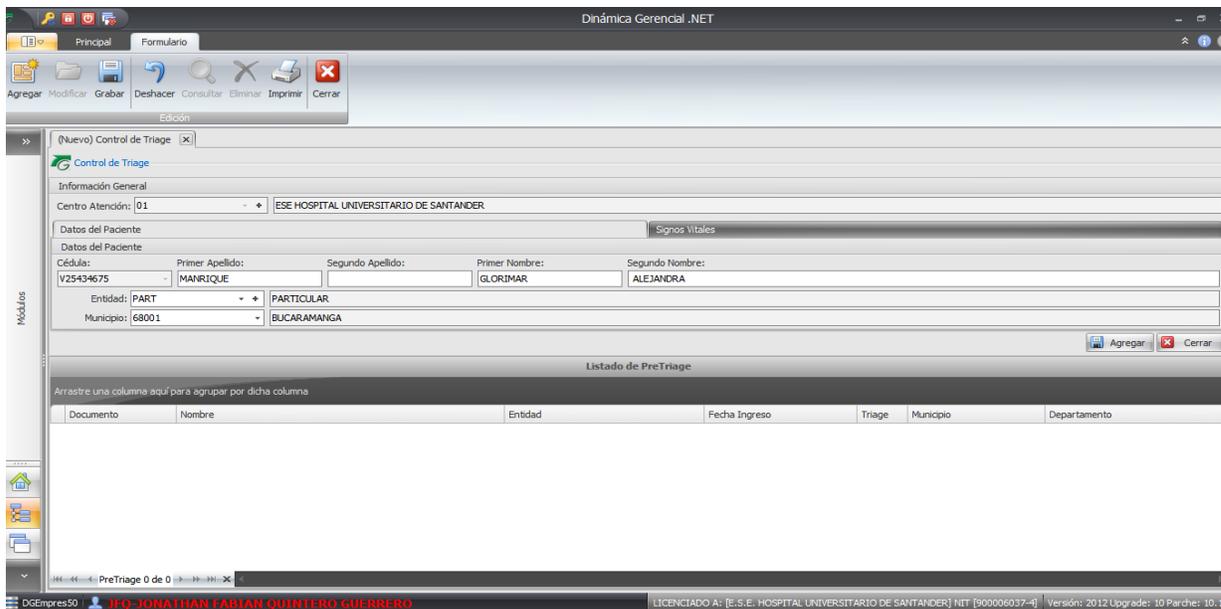
MEDICO GENERAL <VACIO>

MEDICO INTERNO

9.6. ANEXO 6. INSTRUCTIVO PARA REALIZAR UN CONTROL DE TRIAGE Y/O TRIAGE EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)

Esta opción le permite ingresar el paciente para el control de Triage. Para ello:
Ingrese al módulo de Historia Clínica menú **Procesos** y seleccione la opción **Control de Triage**.

A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



Ingrese la siguiente información:

Centro de Atención: Campo que permite seleccionar el centro de atención en el cual se realiza el Control de Triage para el paciente Si no existe en la lista se puede agregar +.

PESTAÑA DATOS DEL PACIENTE

Cédula: Campo que permite digitar o seleccionar el número de cédula del paciente.

Primer Apellido: Campo que permite digitar el primer apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Segundo Apellido: Campo que permite digitar el segundo apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Primer Nombre: Campo que permite digitar el primer nombre del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Segundo Nombre: Campo que permite digitar el segundo nombre del paciente siempre y cuando no Exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Entidad: Campo que permite seleccionar la entidad a la cual pertenece el paciente.

Municipio: Campo que permite seleccionar el código del municipio de residencia del paciente, siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

PESTAÑA SIGNOS VITALES

Tensión arterial: Campo que permite digitar la tensión arterial que se le toma previamente al paciente.

Frecuencia cardiaca: Campo que permite digitar la frecuencia cardiaca que se le toma previamente al paciente.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 83 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Frecuencia respiratoria: Campo que permite digitar la frecuencia respiratoria que se le toma previamente al paciente.

Temperatura: Campo que permite digitar la temperatura al paciente que le toma previamente al paciente.

Estado de conciencia: Campo que permite seleccionar el estado en que se encuentra en ese momento el paciente entre esas están alerta, confuso, comatoso, estuporoso, obnubilado.

Peso (kg): Campo que permite digitar el peso del paciente.

Aliento a alcohol: Campo que permite seleccionar si el paciente ingresa en estado de embriagues o sobrio.

Línea de pago: Campo que permite seleccionar la línea de pago del paciente entre esas están. Contributivo, subsidiado, vinculado, particular, soat.

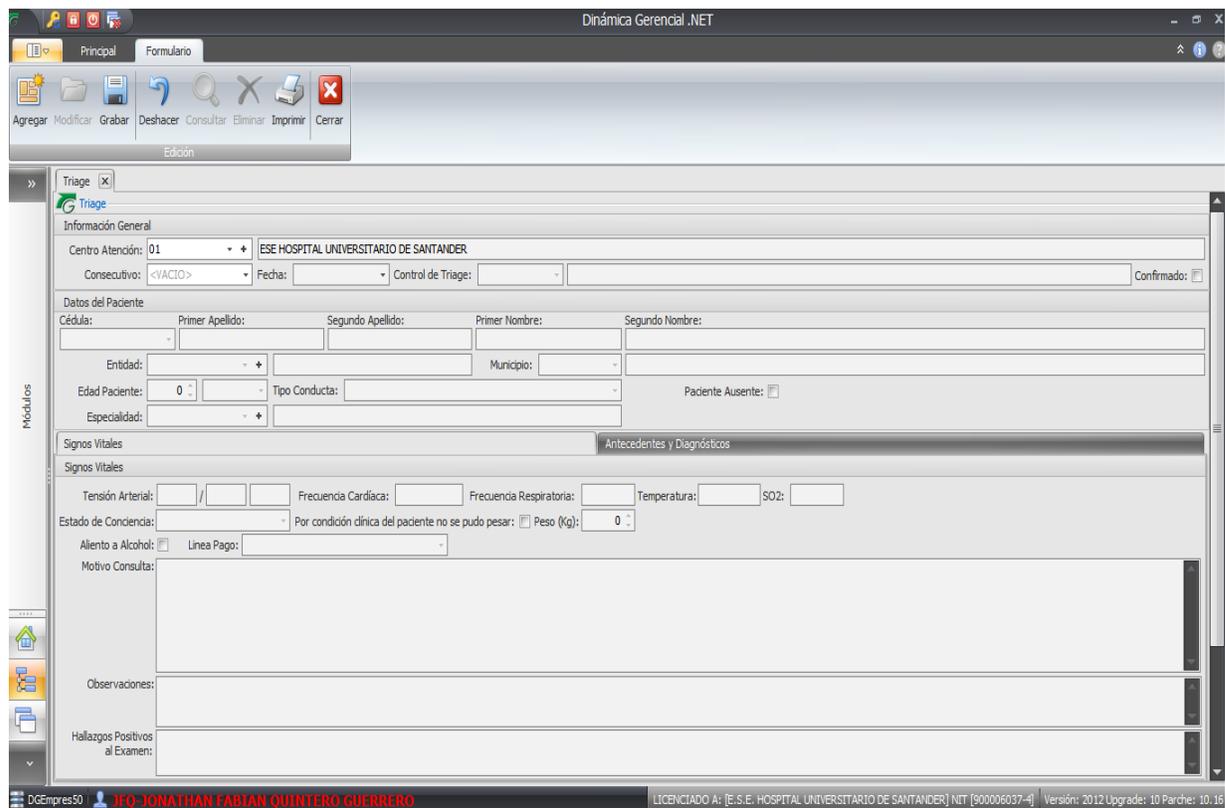
Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en **Agregar**  para adicionarlos o haga Clic en **Cerrar**  para abandonar la ventana.

¿Cómo Registrar el Triage?

Esta opción permite hacer el registro de la atención inicial de pacientes en urgencias para valoración y priorización de la atención. Para ello:

Ingrese al módulo de Historia Clínica al menú **Procesos** y seleccione la opción **Triage**.

A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



Ingrese la siguiente información:

Centro Atención: Campo que postula el centro de atención en el cual se realiza el Triage para el paciente si no existe en la lista se puede agregar +.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 84 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Consecutivo: Campo que permite generar el consecutivo del registro de forma automática al momento de crear el Triage.

Fecha: Campo que permite visualizar la fecha en la que se realiza el Triage (Fecha actual del sistema) No modificable.

Control de Triage: Campo que permite seleccionar el código del Triage que se creó anteriormente.

DATOS DEL PACIENTE

Cédula: Campo que permite digitar o seleccionar el número de cédula del paciente, mediante la cedula del paciente y una pistola lectora el sistema permite la captura de esta información.

Primer Apellido: Campo que permite digitar el primer apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Segundo Apellido: Campo que permite digitar el segundo apellido del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Primer Nombre: Campo que permite digitar el primer nombre del paciente siempre y cuando no exista el Paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Segundo Nombre: Campo que permite digitar el segundo nombre del paciente siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Entidad: Campo que permite seleccionar la entidad a la cual pertenece el paciente.

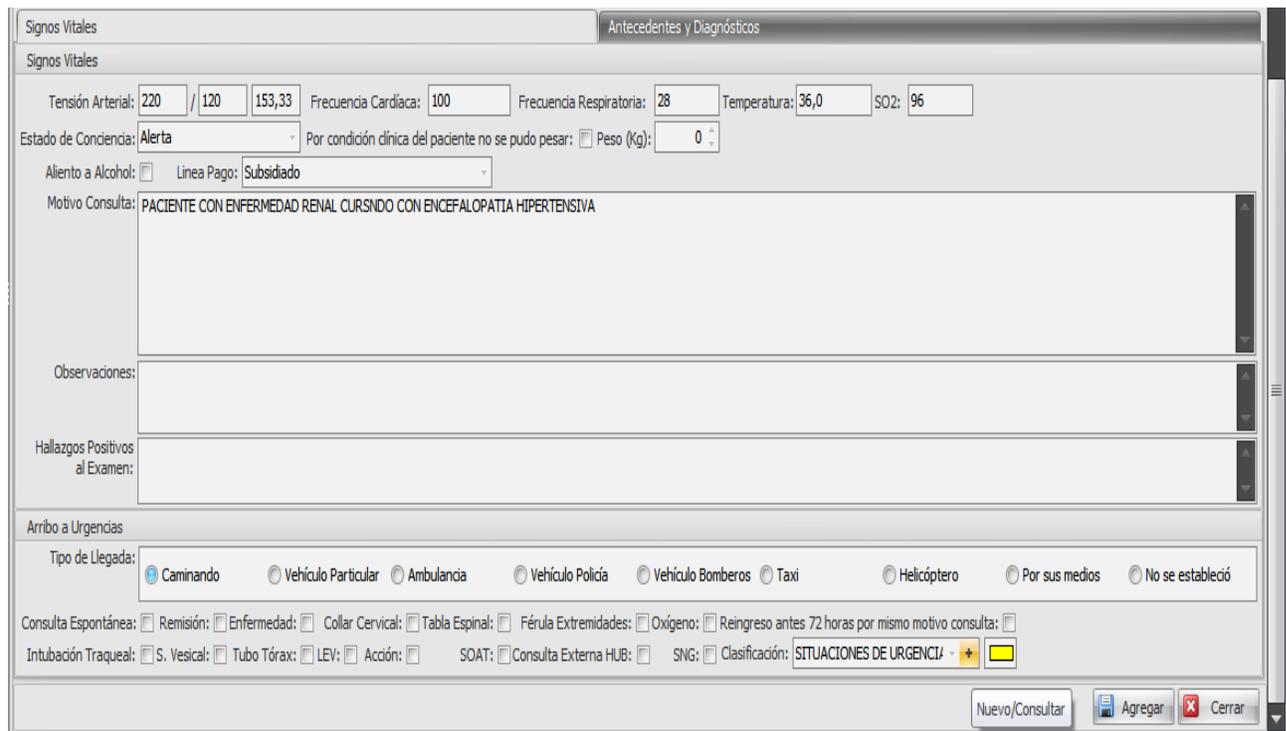
Municipio: Campo que permite seleccionar el código del municipio de residencia del paciente, siempre y cuando no exista el paciente porque de lo contrario se cargara el del paciente seleccionado.

Edad Paciente: Campo que permite digitar la edad del paciente.

Tipo Conducta: Campo que permite seleccionar la manera como el paciente ingresa a la institución

Especialidad: Campo que permite seleccionar la especialidad del médico, por defecto el sistema ingresa el nombre de la especialidad a la derecha del campo.

PESTAÑA SIGNOS VITALES



	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 85 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

Tensión Arterial: Campos que permiten digitar los valores de tensión arterial para el paciente.

Frecuencia Cardíaca: Campo que permite digitar el valor de frecuencia cardíaca para el paciente.

Frecuencia Respiratoria: Campo que permite digitar el valor de frecuencia respiratoria para el paciente.

Temperatura: Campo que permite digitar el valor de temperatura para el paciente.

SO2: Campo que permite digitar el valor de SO2 para el paciente.

Peso: Campo que permite digitar el valor de peso para el paciente.

Por condición clínica del paciente no se pudo pesar: Campo que permite validar si fue posible pesar al paciente, con el fin de obligar el diligenciamiento del campo Peso.

Estado de Consciencia: Campo que permite seleccionar el estado de consciencia del paciente.

Aliento a Alcohol: Campo que permite validar si el paciente presenta signos de haber ingerido alcohol.

Línea de Pago: Campo que permite seleccionar el tipo de línea de pago del paciente.

Motivo de Consulta: Campo que permite digitar el motivo de consulta del paciente.

Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones correspondientes a la atención de triage.

Hallazgos Positivos al Examen: Campo que permite registrar los hallazgos por parte del médico tratante.

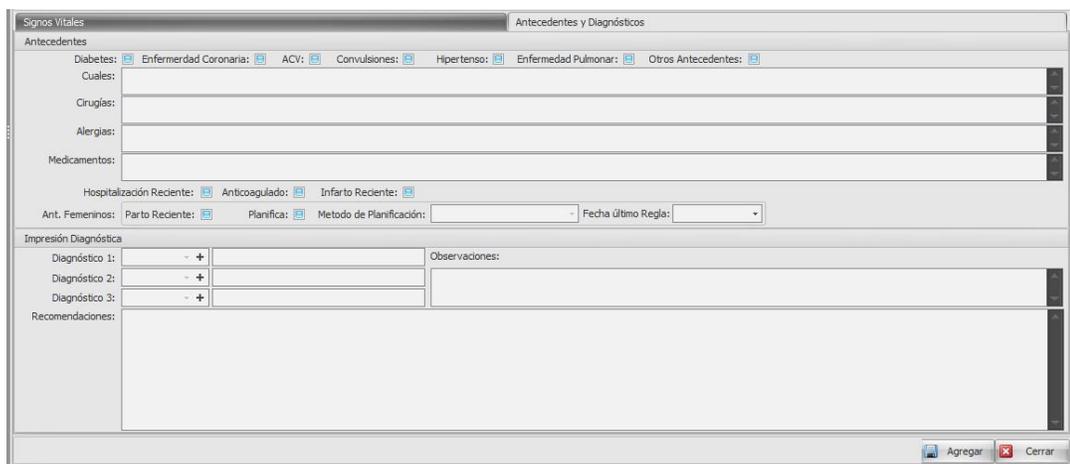
ARRIBO A URGENCIAS

Tipo de llegada: Campo que permite seleccionar el medio por el cual llega el paciente a la institución, entre las opciones se encuentran: Caminando, Vehículo Particular, Ambulancia, Vehículo Policía, Vehículo Bomberos, Taxi, Helicóptero, Por Sus Medios o No se estableció.

Adicionalmente permite validar si llega por: Consulta Espontanea, Remisión, Enfermedad, Collar Vertical, Tabla Espinal, Férula Extremidades, Oxígeno, Reintegro antes de 72 horas por mismo motivo consulta, Intubación Traqueal, S Sevicar, Tubo Tórax, LEV, Acción, SOAT, Consulta Externa HUB y SNG.

Clasificación: Campo que permite seleccionar el tipo de clasificación de acuerdo a las clasificaciones creadas anteriormente.

PESTAÑA ANTECEDENTES Y DIAGNOSTICOS



ANTECEDENTES

Diabetes: Campo que permite validar si el paciente tiene diabetes.

Enfermedad Coronaria: Campo que permite validar si el paciente tiene Enfermedad Coronaria.

ACV: Campo que permite validar si el paciente tiene ACV (Accidente Cerebrovascular).

Convulsiones: Campo que permite validar si el paciente sufre de convulsiones.

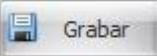
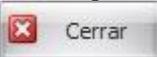
Hipertenso: Campo que permite validar si el paciente sufre de Hipertensión.

	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 86 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

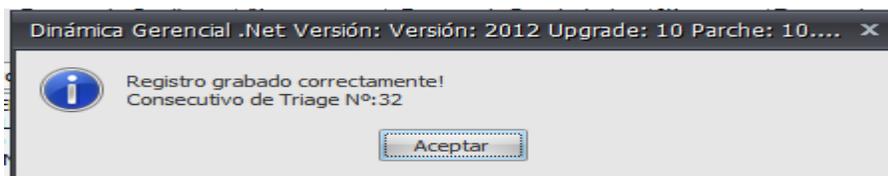
Enfermedad Pulmonar: Campo que permite validar si el paciente sufre de alguna enfermedad pulmonar.
Otros Antecedentes: Campo que permite validar si el paciente posee otros antecedentes.
Cuales: Campo que permite digitar los antecedentes cuando se marca el campo Otros Antecedentes.
Cirugías: Campo que permite digitar las cirugías que se le han realizado al paciente. **Alergias:** Campo que permite digitar lo que le causa alergia al paciente.
Medicamentos: Campo que permite digitar los medicamentos que consume el paciente
Hospitalización Reciente: Campo que permite validar si el paciente tuvo una hospitalización reciente.
Anti coagulado: Campo que permite validar si el paciente es anti coagulado o no.
Infarto Reciente: Campo que permite validar si el paciente tuvo algún infarto recientemente.
Parto Reciente: Campo que permite validar si el paciente tuvo parto reciente.
Planifica: Campo que permite validar si el paciente planifica.
Método de Planificación: Campo que permite seleccionar el método de planificación del paciente.
Última Fecha Regla: Campo que permite digitar la fecha de última regla del paciente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Diagnósticos 1, 2 y 3: Campos que permiten seleccionar los diagnósticos correspondientes al triage.
Observaciones: Campo que permite digitar las observaciones necesarias.
Recomendaciones: Campo que permite digita las recomendaciones necesarias en el triage.

Si los datos ingresados son correctos, haga Clic en **Grabar**  para guardarlos o haga Clic en **Cerrar**  para abandonar la ventana.

Después de grabado el registro y de postular la ventana de impresión del reporte del triage, se abrirá una ventana de impresión para que el usuario pueda realizar la impresión de dicho documento.



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
REPORTE DE TRIAGE

Fecha y Hora de Impresión: miércoles, 14 de junio de 2017 03:06
Código: Versión: Página 1/1

SUAREZ PARADA RUBEN DARIO Confirmado **Fecha Llegada:** 01/05/2012 1:27:02
Centro Atención: 91507587 **N° Triage:** 6 **Inicio Triage:** 01/05/2012 1:34:48
Documento: 91507587 **Paciente:** SUAREZ PARADA RUBEN DARIO **Fecha fin Triage:** 01/05/2012 1:41:42
Entidad: CAJASAN EPSS **Municipio:** BU CARAMANGA **Departamento:** SANTANDER **Edad:** 25 Años
Especialidad: MEDICINA GENERAL **Conducta:** Ingresado
Clasificación: SITUACIONES DE MENOR URGENCIA, POTENCIALMENTE COMPLEJAS, PERO SIN RIESGO VITAL POTENCIAL.

SIGNOS VITALES
Tensión Arterial: 100/70 **Frecuencia Cardíaca:** 78 **Frecuencia Respiratoria:** 18 **Temperatura:** 35
SO2: 95 **Estado de Conciencia:** alerta **Peso (kg):** 0,0000 Aliento a Alcohol

Motivo Consulta: PACIENTE CON HERIDA CORTOPUNSANTE EN TERCIO PROXIMAL DE BRAZO DERECHO
Observaciones: SECUNDARIO AGRESION FISICA
Hallazgos Positivos al Examen: HERIDA CORTOPUNSANTE DE 3 CNT EN TERCIO PROXIMAL DE BRAZO DERECHO CARA LATERAL

ANTECEDENTES
 Diabetes Enfermedad Coronaria ACV Enfermedad Pulmona Convulsiones Hipertenso
 Hospitalización reciente Infarto Reciente Anticoagulado Parto Reciente Otros Antecedente

Otros Antec:
Alergias:
 Planifica Método: Naturaliza **Fecha Última Regla:**

ARRIBO A URGENCIAS: **Tipo de Llegada:** Vehículo_Particular
 Consulta Espontánea Remisión Collar Cervical Tabla Espinal Férula Extremidades Oxígeno
 LEV SNG S. Vesical Tubo de Torax Intubación traqueal Acción Soat
 Consulta Externa HUB Enfermedad

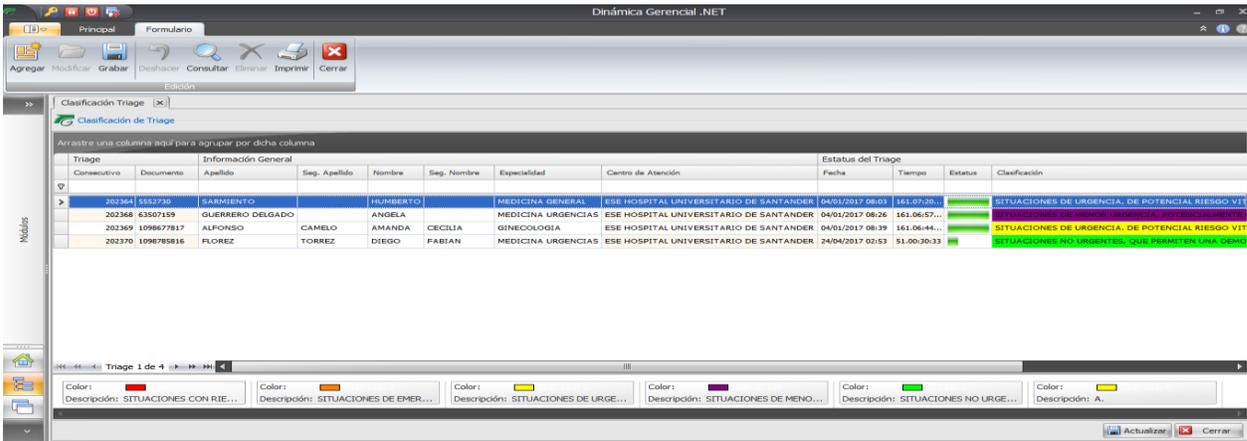
IMPRESION DIAGNÓSTICA
Diagnóstico 1: 5411 HERIDA DEL BRAZO

La última versión de este documento estará disponible en la Intranet de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
<http://www.hus.gov.co/xmartnet/index.htm> y será la única válida para su utilización.
Evite mantener copias digitales o impresas de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

¿Cómo Visualizar la Clasificación de Triage?

Esta opción permite observar el registro de la atención inicial de pacientes en urgencias para valoración y priorización de la atención. Para ello:

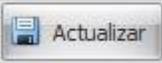
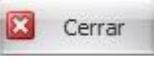
Ingrese al menú **Procesos** y seleccione la opción **Clasificación de Triage**. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



En la ventana puede observar el estatus del Triage de los pacientes.

El proceso de CONFIRMACIÓN automática se realizará desde la opción de Procesos/Historia Clínica, cuando el médico del SERVICIO DE URGENCIAS ingrese a diligenciar el folio de Historia Clínica, en ese momento el paciente ya no se visualizará en el listado de CLASIFICACIÓN TRIAGE.

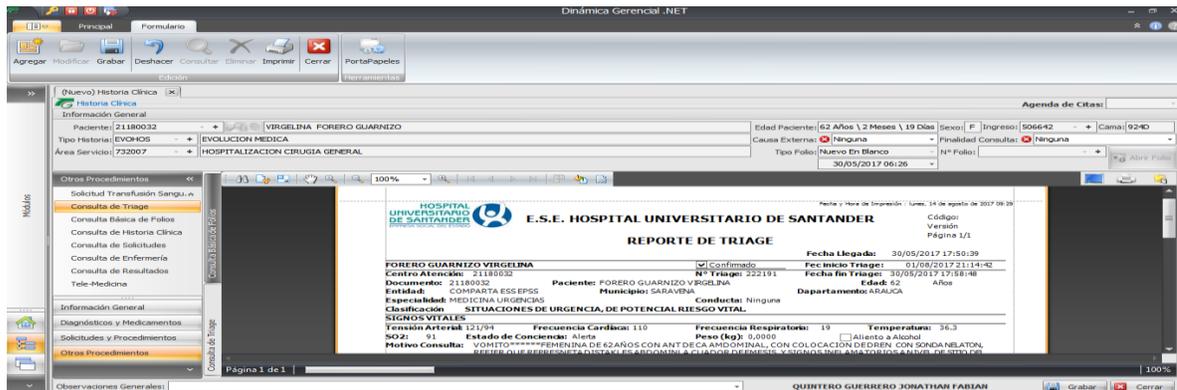
Nota: El campo Tiempo inicia cuando se graba el Triage al paciente, y se detiene cuando el paciente se le hace un ingreso en admisión en el cual se debe asociar el Triage y se le realiza un folio de Historia Clínica o cuando se selecciona el campo Confirmado y se da en el botón Actualizar.

Si se desea actualizar el control de registros, haga Clic en **Actualizar**  para actualizarlos o haga Clic en **Cerrar**  para abandonar la ventana.

CONSULTA DE TRIAGE

Esta opción permite visualizar un reporte de Triage asociado al ingreso. Para ello:

Ingrese al menú **Procesos**, Seleccione la opción **Historia clínica**, seleccionar el paciente a consultar, abrir el **folio**, seleccionar en el menú de historia clínica la opción **otros procedimientos** y seleccionar la opción consulta de triage. A continuación, se despliega la siguiente pantalla:



9.7. ANEXO 7. INSTRUCTIVO PARA SOLICITAR Y CONSULTAR EXAMENES DEL LABORATORIO CLINICO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (DGH.NET)

- Para **solicitar exámenes del laboratorio clínico en la DGH.NET** realice los siguientes pasos:

1. Ingrese al módulo historia clínica
2. Ingrese al módulo de solicitudes y procedimientos
3. Realice la solicitud de exámenes. En ese momento se abre un panel donde se ingresa el código o nombre del examen que se va a solicitar y se completan los campos obligatorios y se da guardar.

The screenshot shows the 'Nuevo Solicitud de Examen' form in the DGH.NET system. The form is titled '(Nuevo) Solicitud de Examen' and contains the following fields: 'Servicio' (ACIDO PIRUVICO), 'Estado' (Rutinario), and 'Cantidad' (1). A 'Formulario' window is open over the main interface, and a 'Información de Detalle' window shows the selected exam details. The 'Información de Detalle' window displays: 'Codigo: ...', 'Area Servicio: ...', 'Servicio: ...', 'Estado: Rutinario', 'Cantidad: 1', and 'Observaciones: ...'. The main interface also shows patient information (Paciente: 122254110) and a sidebar with navigation options like 'Solicitudes y Procedimientos'.

- Para **consultar exámenes del laboratorio clínico en la DGH.NET** realice los siguientes pasos:

1. Ingrese al módulo historia clínica, proceso y resultados a procedimientos
2. Ingrese documento del paciente
3. Ingrese área de servicio
4. Consultar

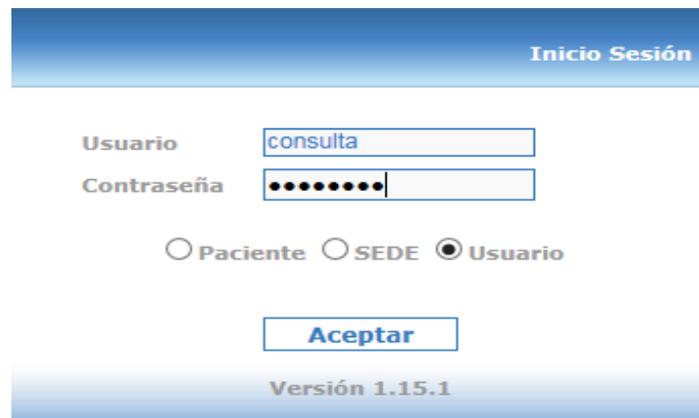
De esta manera se ven los resultados de los exámenes solicitados.

The screenshot shows the 'Consulta de Resultados a Procedimientos' screen in the DGH.NET system. The screen displays a table of 'SOLICITUD DE EXÁMENES' with columns for 'Numero Orden', 'Folio', 'Fecha Solicitud', 'Servicio', 'Tomado', 'Confirmado', 'Interpretado', 'Anulado', and 'Resultado'. The table lists various exams such as 'POTASIO EN SUERO', 'LACTATO', 'GASES ARTERIALES', and 'PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDE...'. A 'Información de Detalle' window is open on the right, showing details for a specific exam (Codigo: 19482, Servicio: GASES ARTERIALES). The 'Información de Detalle' window displays: 'Codigo: 19482', 'Servicio: GASES ARTERIALES', 'Fecha Solicitud: 06/08/2017 04:14', 'Folio: 10', 'Medico Sol: CORZO CORZO ROQUE J...', 'Estado: Urgente', 'Cantidad: 1', 'Observaciones: ...', 'Tomado: ...', 'Confirmado: ...', 'Interpretado: ...', 'Resultado: AaDO2 19.00 mmHg PA...', 'Análisis: ...', 'Anulado: ...', 'Medico: ...', 'Usuario: ...', and 'Fecha: ...'. The main interface also shows patient information (Paciente: 1098793798) and a sidebar with navigation options like 'Solicitudes de Examen'.

- **Consultar resultados de laboratorio clínico por el software del laboratorio ENTERPRISE**

Para consultar los resultados, por el software ENTERPRISE, realice los siguientes pasos:

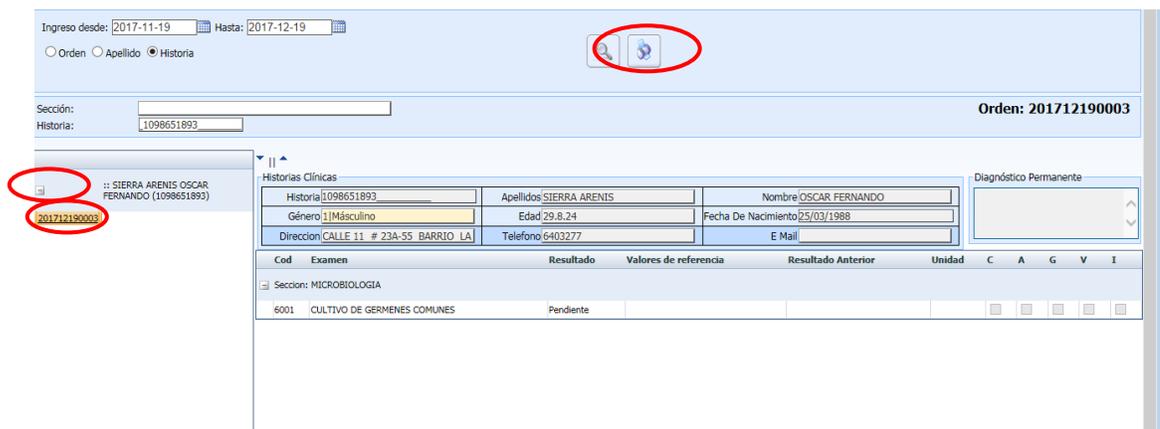
1. Ingrese con el navegador de internet Explorer
2. Abra el recuadro donde pide usuario y contraseña
3. Registre en usuario: *consulta*
4. Registre en contraseña: *consulta*
5. Seleccione la opción de usuario
6. Aceptar



Una vez se ingresa al software, se puede realizar los siguientes filtros de acuerdo a lo requerido:

- Por fecha
- Por orden
- Por apellido
- Por Historia

En este caso se realiza filtro por historia clínica y el software arroja el número de documento y nombre. Se da doble clic sobre el símbolo más (+) que aparece con el número de orden de ENTERPRISE y al lado derecho aparecen los resultados.



 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	MANUAL DE HISTORIA CLÍNICA	Página: 90 de 90
	CODIGO: GII-EST-MA-01	Versión: 1

10. SOCIALIZACIÓN

Una vez aprobado este manual, es responsabilidad del líder del proceso garantizar su socialización en todos los grupos primarios que le aplique, dejando evidencia en acta y lista de asistencia del grupo primario, los cuales deben ser enviados como soporte al correo institucional procesoscalidad@hus.gov.co.

11. CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	Fecha	Descripción de la Modificación	Actualizado por	Revisado por	Aprobado por
NA	NA	NA	NA	NA	NA