



## **MANUAL DE USUARIO**

### **DUSOFT**

#### **MODULO**

#### **HISTORIA CLINICA UNIDAD RENAL**

## REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

<b>Fecha</b>	<b>Versión</b>	<b>Descripción del Cambio</b>	<b>Aprobó</b>
24-07-2020	01	Creación	Ing. York Larry Sánchez Cuero

## TABLA DE CONTENIDO

<b>TABLA DE CONTENIDO .....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>ALCANCE .....</b>	<b>14</b>
<b>1. AUTENTICACION DE USUARIO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. ATENCION DE PACIENTES UNIDAD RENAL .....</b>	<b>17</b>
<b>3. HISTORIA CLINICA.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 OCUPACION PACIENTE.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 MOTIVO DE INGRESO - EA.....</b>	<b>35</b>
<b>3.3 ANTECEDENTES .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4 ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.5 EXAMEN FISICO .....</b>	<b>39</b>
<b>3.6 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA .....</b>	<b>41</b>
<b>3.7 INDICE DE TRAUMA REVISADO ITR.....</b>	<b>43</b>
<b>3.8 TRANSFUSIONES SANGUINEAS .....</b>	<b>44</b>
<b>3.9 FINALIDAD ATENCION.....</b>	<b>46</b>
<b>3.10 ORIGEN DE LA ATENCION .....</b>	<b>47</b>
<b>3.11 SOLICITUDES PENDIENTES.....</b>	<b>47</b>
<b>3.12 DELITO SEXUAL.....</b>	<b>48</b>
<b>4. ORDENES MÉDICAS .....</b>	<b>58</b>
<b>4.1 CONTROLES PACIENTES.....</b>	<b>59</b>
<b>4.2 FORMULACIÓN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2.1 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS POS.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2.2 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS.....</b>	<b>62</b>
<b>4.3 SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS .....</b>	<b>68</b>

<b>4.4 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS .....</b>	<b>71</b>
<b>4.5 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS.....</b>	<b>78</b>
<b>4.6 SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE.....</b>	<b>79</b>
<b>4.8 CONSOLIDADO DE ÓRDENES MEDICAS – PLAN TERAPEUTICO. ....</b>	<b>84</b>
<b>4.9 QUIMIOTERAPIA.....</b>	<b>85</b>
<b>5. EVOLUCION .....</b>	<b>86</b>
<b>5.1 EVOLUCION .....</b>	<b>87</b>
<b>5.2 LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS.....</b>	<b>88</b>
<b>5.3 CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....</b>	<b>91</b>
<b>5.4 REGISTRO DE MARCAPASOS .....</b>	<b>93</b>
<b>5.5 NOTAS DE ENFERMERIA. ....</b>	<b>94</b>
<b>5.6 INFORMACIÓN DE CANCER.....</b>	<b>94</b>
<b>5.7 ASISTENCIA VENTILATORIA UCI. ....</b>	<b>96</b>
<b>5.8 JUNTA MEDICA. ....</b>	<b>97</b>
<b>6. EGRESO .....</b>	<b>100</b>
<b>6.1. DIAGNOSTICO DE EGRESO RIPS.....</b>	<b>100</b>
<b>6.2 PROFESIONAL TRATANTE .....</b>	<b>101</b>
<b>6.3 FORMULA AMBULATORIA .....</b>	<b>102</b>
<b>6.3.1 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS .....</b>	<b>102</b>
<b>6.3.2 FORMULACIÓN DE INSUMOS .....</b>	<b>104</b>
<b>6.4 GENERACION DE LA INCAPACIDAD.....</b>	<b>105</b>
<b>6.5 EPICRISIS.....</b>	<b>108</b>
<b>6.5.1 MOTIVO DE CONSULTA.....</b>	<b>109</b>
<b>6.5.2 ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL.....</b>	<b>109</b>
<b>6.5.3 ANTECEDENTES PERSONALES.....</b>	<b>109</b>
<b>6.5.4 EXAMEN FÍSICO. ....</b>	<b>110</b>
<b>6.5.5 APOYOS DIAGNÓSTICOS.....</b>	<b>111</b>

<b>6.5.6 DIAGNOSTICO DE INGRESO.....</b>	<b>111</b>
<b>6.5.7 DATOS DE LA EVOLUCIÓN.....</b>	<b>112</b>
<b>6.5.8 MEDICAMENTOS.....</b>	<b>112</b>
<b>6.5.9 SIGNOS DE ALARMA.....</b>	<b>112</b>
<b>6.5.10 SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES.....</b>	<b>113</b>
<b>6.5.11 SE DA CITA MÉDICA PARA CONTROL.....</b>	<b>114</b>
<b>6.5.12 SE ENTREGA Y EXPLICA FORMULACIÓN MEDICA.....</b>	<b>114</b>
<b>6.5.13 SE REMITE A SU ASEGURADOR PARA FORMULACIÓN MEDICA.....</b>	<b>114</b>
<b>6.5.14 PLAN DE SEGUIMIENTO.....</b>	<b>114</b>
<b>6.5.15 DIAGNOSTICO DE EGRESO.....</b>	<b>115</b>
<b>6.5.16 CAUSA DE SALIDA.....</b>	<b>115</b>
<b>7. TERAPIAS DE REHABILITACION.....</b>	<b>116</b>
<b>7.1 TERAPIAS DE RECUPERACIÓN.....</b>	<b>116</b>
<b>7.2 TEST DE CAMINATA.....</b>	<b>117</b>
<b>8.UNIDAD RENAL.....</b>	<b>117</b>
<b>9. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....</b>	<b>118</b>
<b>10. ANESTESIOLOGIA.....</b>	<b>119</b>
<b>11. ECOCARDIOGRAMAS.....</b>	<b>123</b>
<b>11.1 TRANSESOFAGICO.....</b>	<b>123</b>
<b>11.2. TRANSTORACICO.....</b>	<b>126</b>
<b>11.3. ECOCARDIOGRAMA STRESSDOBUTAN.....</b>	<b>129</b>
<b>11.4. ECOCARDIOGRAMA STRESSEJERCICIO.....</b>	<b>132</b>
<b>12. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....</b>	<b>134</b>
<b>12.1 NOTAS DE SEGURIDAD.....</b>	<b>134</b>
<b>12.2 ESCALA DE BRADEN.....</b>	<b>136</b>
<b>12.3 EVALUACIÓN RIESGO DE CAÍDAS.....</b>	<b>137</b>
<b>12.4 EVENTOS ADVERSOS.....</b>	<b>140</b>

<b>12.5 CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.....</b>	<b>141</b>
<b>12.6 CATÉTER VENOSO CENTRAL. ....</b>	<b>146</b>
<b>12.7 REPORTE EVENTOS ADVERSOS MEDICAMENTOS.....</b>	<b>152</b>
<b>12.8 REPORTE DE CULTIVOS. ....</b>	<b>155</b>
<b>13. FONOAUDILOGIA. ....</b>	<b>157</b>
<b>14. ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS.....</b>	<b>164</b>
<b>14.1 SIGNOS VITALES GENERALES. ....</b>	<b>164</b>
<b>14.2 APACHE. ....</b>	<b>166</b>
<b>14.3. ENCUESTA COVID19.....</b>	<b>167</b>
<b>14.4. ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2 .....</b>	<b>170</b>
<b>14.5. ESCALA DE CRB -65.....</b>	<b>172</b>
<b>14.6. ESCALA SOFA.....</b>	<b>174</b>
<b>15. DEFINIR CONDUCTA DEL PACIENTE.....</b>	<b>176</b>

## TABLA DE FIGURAS

Figura 1 - Autenticación de usuario.....	15
Figura 2 - Autenticación Correcta.....	16
Figura 3 - Atención de Pacientes.....	17
Figura 4 – Unidad Renal.....	17
Figura 5 – Estación de enfermería: Unidad Renal.....	18
Figura 6 – Menú Información del paciente.....	28
Figura 7 – Menú Historia Clínica.....	34
Figura 8 – Ocupación Paciente.....	34
Figura 9 – Motivo de Consulta.....	36
Figura 10 – Antecedentes Personales.....	37
Figura 11 – Antecedentes Ginecobstetricos.....	38
Figura 12 – Examen Físico.....	40
Figura 13 – Diagnostico de ingreso.....	42
Figura 14 – Índice del Trauma Revisado ITR.....	43
Figura 15 – Transfusiones Sanguíneas.....	44
Figura 17 – Origen Atención.....	47
Figura 18 – Solicitudes Pendientes.....	48
Figura 19 – Delito Sexual.....	48
Figura 20– Menu Ordenes Medicas.....	59
Figura 21 – Adicionar controles del paciente.....	59
Figura 22 – Adicionar Terapia del paciente.....	60
Figura 23 – Buscar Medicamento.....	61
Figura 24 – Solicitar Medicamento.....	62

Figura 25 – MiPres.....	63
Figura 26 – Plan de Medicamentos.....	65
Figura 27 Solicitud de Apoyos Diagnósticos.....	68
Figura 28 - Solicitar de Procedimiento Quirúrgico.....	71
Figura 29 - Solicitar Apoyos Diagnósticos Para el Procedimiento.....	72
Figura 30 - Solicitar Material de Osteosíntesis, Tejidos y Órganos.....	73
Figura 31 - Solicitud de Equipos Quirúrgicos.....	73
Figura 32 - Solicitud de Componentes Sanguíneos. ....	74
Figura 33 - Formato de Tarjeta de Presentación.....	75
Figura 34 - Formato declaración de Conocimiento y Aceptación de Intervenciones Sala de Cirugía.....	75
Figura 35 - Consentimiento Informado Para Consentimiento Anestésico.....	76
Figura 36 - Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos. ....	78
Figura 37 - Solicitud de Reserva de Sangre. ....	79
Figura 42 - Menu Evolución.....	87
Figura 43 - Evolución .....	87
Figura 44 - Lectura de Apoyos Diagnósticos .....	88
Figura 45 - Realizar interpretación Medica.....	89
Figura 46 - Interpretación Medica Grupal .....	90
Figura 47 - Consultar Resultados. ....	91
Figura 48 - Cumplimiento a Procedimientos Realizados. ....	92
Figura 49 - Registro de Marcapaso.....	93
Figura 50 - Notas de Enfermería.....	94
Figura 51 - Información de Cancer.....	94

Figura 52 - Asistencia Ventilatoria Uci .....	96
Figura 53 - Junta Medica.....	97
Figura 54 - Historial Junta Medica .....	98
Figura 55 - Menú Egreso.....	100
Figura 56 - Diagnostico de Egreso RIPS.....	100
Figura 57 - Profesional Tratante.....	101
Figura 58 - Formulación Ambulatoria .....	103
Figura 59 – Generación de la Incapacidad.....	106
Figura 60 – Opciones de la Incapacidad .....	106
Figura 61 – Menú Terapias de Rehabilitación .....	116
Figura 62 – Terapias de Recuperación.....	116
Figura 63 – Test de Caminata .....	117
Figura 64 – Unidad Renal Procedimientos.....	117
Figura 65 – Historial de Procedimientos Unidad Renal.....	118
Figura 66 – Consentimientos Informados.....	118
Figura 67 – Evaluación Preanestesica.....	122
Figura 68 – Menú Eco cardiogramas .....	123
Figura 69 – Transesofagico .....	125
Figura 70 – Transtoracico .....	128
Figura 71 – EcoCardiograma StressDobutan .....	130
Figura 72 – EcoCardiograma StressEjercicio .....	133
Figura 73 – Menu Seguridad del Paciente. ....	134
Figura 74 – Notas de Seguridad. ....	135
Figura 75 – Historial Notas de Seguridad.....	135

Figura 76 – Escala de Braden.....	136
Figura 77 – Historial Escala de Braden. ....	137
Figura 78 – Evaluación de Riesgo de Ciadas.....	138
Figura 79 – Medidas Preventivas de Riesgo de Ciadas. ....	138
Figura 80– Historial de Evaluación de Riesgo de Ciadas.....	139
Figura 81– Eventos Adversos. ....	140
Figura 82– Eventos Adversos. ....	140
Figura 83– Catéter Venoso Periférico.....	142
Figura 84– Datos del Paciente.....	142
Figura 85– Indicación.....	143
Figura 86– Causa del Retiro del Catéter. ....	143
Figura 87– Escala Valoración Flebitis.....	144
Figura 88– Escala de Infiltración.....	145
Figura 89– Catéter Venoso Central.....	147
Figura 90– Inserción de Catéter.....	148
Figura 91– Indicación y Via.....	148
Figura 92– Preguntas. ....	148
Figura 93– Posterior a la Colocación. ....	149
Figura 94– Seguimiento Diario al Paciente.....	149
Figura 95– Historial de Seguimiento Diario al Paciente.....	150
Figura 96– Cuidados del Catéter. ....	150
Figura 97– Historia Cuidados del Catéter. ....	151
Figura 98– Retiro del Catéter. ....	151
Figura 99– Origen del Reporte.....	152

Figura 100– Información del Paciente. ....152

Figura 101– Información del Evento Adverso.....153

Figura 102– Información de l os Medicamentos.....153

Figura 103– Manejo del Evento y su desenlace.....154

Figura 104– Análisis del Evento.....154

Figura 105– Información del Notificante.....154

Figura 106– Instrucciones.....155

Figura 107– Reporte de Cultivos. ....156

Figura 108– Historial de Reporte de Cultivos. ....156

Figura 109– Alimentación.....157

Figura 110– Antecedentes Alimentación.....158

Figura 111– Antecedentes Generales. ....158

Figura 112– Aparato Digestivo.....159

Figura 113– Deglución.....159

Figura 114– Diagnostico Fonoaudiológico. ....159

Figura 115– Exobucal.....160

Figura 116– Función Oro-Motora y Reflejos.....160

Figura 117– Hábitos.....161

Figura 118– Lenguaje.....161

Figura 119– Órganos Fono Articuladores. ....161

Figura 120– Plan de Manejo.....161

Figura 121– Voz y Respiración. ....162

Figura 122– Historial de Fonoaudiología. ....162

Figura 123– Escalas, Controles y Encuestas. ....164

Figura 124– Signos Vitales Generales.....	164
Figura 125– Signos Vitales Generales.....	165
Figura 126– Gráfica de Curva Térmica.....	165
Figura 127– Apache.....	166
Figura 128– Encuesta Covid19.....	168
Figura 129– Escala de Alerta Temprana News2.....	171
Figura 130– Historial de Escala de Alerta Temprana News.....	171
Figura 131– Escala CRB-65.....	173
Figura 132– Historial Escala CRB-65.....	174
Figura 133– Escala SOFA.....	175
Figura 134– Historial Escala SOFA.....	175
Figura 135 – Definir Conducta Médica.....	177
Figura 136 – Impresión Historia Clínica.....	177
Figura 137 – Panel de Enfermería.....	178



## **OBJETIVO**

El objetivo que se persigue con la aplicación del presente manual es:

Dar a conocer a los usuarios finales el funcionamiento y manejo de los diferentes módulos del software DUSOFT ASISTENCIAL para el proceso de HISTORIA CLINICA UNIDAD RENAL.

## **ALCANCE**

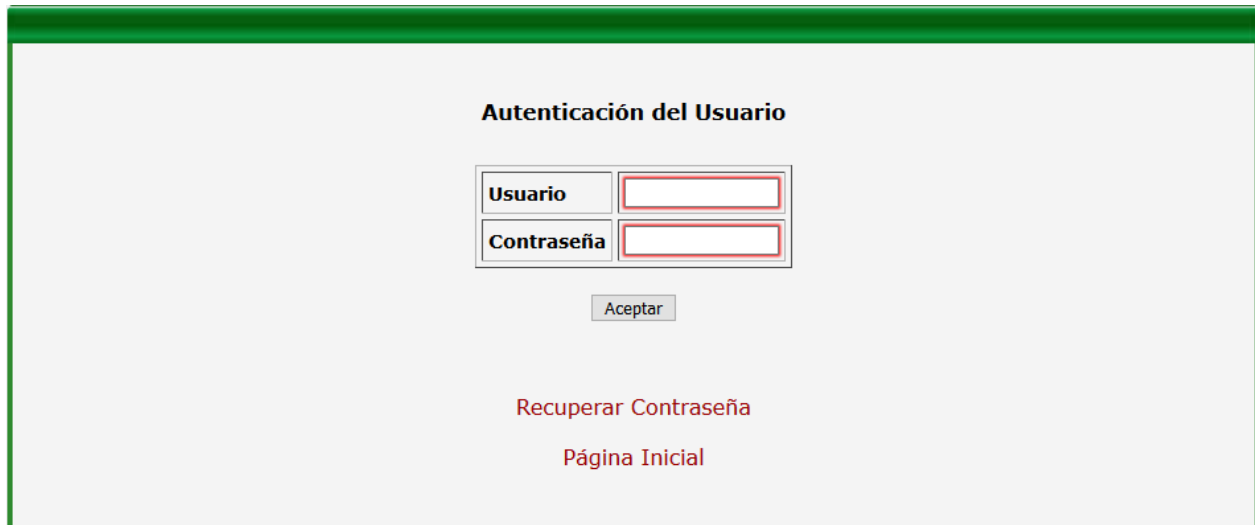
El desarrollo y los avances en los sistemas informáticos han permitido que las organizaciones puedan implementar, desarrollar y controlar sus procesos y operaciones de una manera eficiente a través de estos.

Por tal motivo se implementa el software DUSOFT con el fin de que las diferentes áreas de la organización puedan desarrollar sus procesos de una manera integral y confiable lo cual permitirá optimizar el tiempo de respuesta al usuario al disponer con la información en línea facilitando la gestión de los diferentes procesos.

Este software es altamente parametrizable y adaptable a las necesidades de la organización, funciona en un ambiente web, con base en sistema multiusuario que personaliza el menú de acceso para cada usuario, de tal forma que el usuario que opere el software tendrá un conjunto de funcionalidades relacionadas exclusivamente con su área de trabajo.

## 1. AUTENTICACION DE USUARIO

Para hacer uso de la aplicación es necesario estar registrado en el sistema, teniendo asignado un login y una contraseña, los cuales deben ser ingresados en el formulario de autenticación. Figura 1



The screenshot shows a web form titled "Autenticación del Usuario". It contains two input fields: "Usuario" and "Contraseña", each with a red border. Below the fields is a button labeled "Aceptar". At the bottom of the form, there are two links: "Recuperar Contraseña" and "Página Inicial", both in red text.

**Figura 1 - Autenticación de usuario**

La aplicación valida que las claves asignadas por el usuario cumplan con los siguientes requisitos: (Claves de calidad)

- ✓ Tener al menos una letra minúscula.
- ✓ Tener al menos una letra mayúscula.
- ✓ Tener al menos un número.
- ✓ Tener al menos un carácter especial.
- ✓ No puede repetir los mismos caracteres de forma consecutiva.
- ✓ Debe tener 8 caracteres como mínimo

Si la contraseña no contiene los requerimientos mínimos la aplicación limpiara y pintara el contorno del campo Repita Contraseña de color rojo y mostrara el mensaje **LA CONTRASEÑA NO COINCIDE CON LAS DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS**



Sistema Integral de Información en Salud

**LA CONTRASEÑA NO COINCIDE CON LAS DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS**

**Cambio de Contraseña**

Nueva Contraseña

Confirmar Contraseña

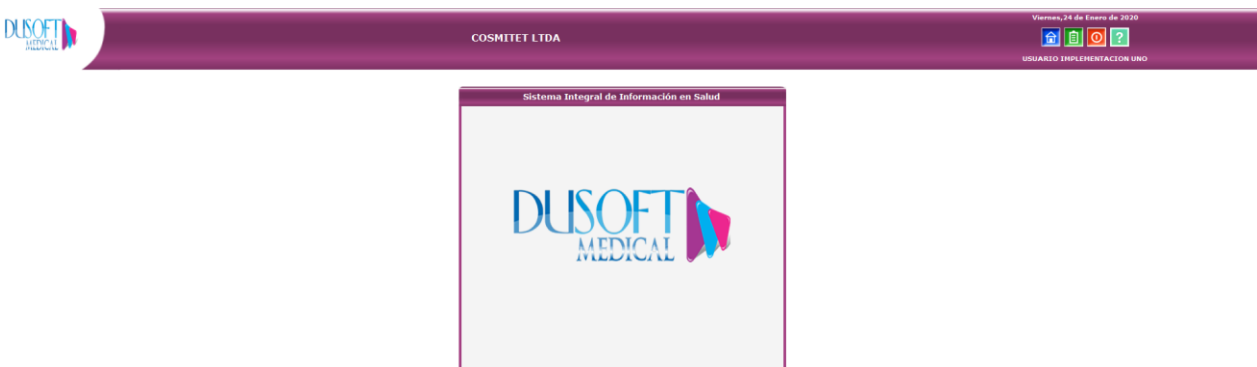
---

**DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS:**

- o Tener al menos una letra minúscula.
- o Tener al menos una letra mayúscula.
- o Tener al menos un número.
- o Tener al menos un carácter especial.
- o No puede repetir los mismos caracteres de forma consecutiva.
- o Debe tener 8 caracteres como mínimo.

Página Inicial

Si la autenticación es correcta, se mostrará la página inicial donde encontrará las opciones de navegación para poder interactuar con la aplicación (ver Figura 2). En caso contrario, se mostrará un mensaje informando que se produjo un error.



**Figura 2 - Autenticación Correcta.**



Permite regresar a la página inicial, sin importar el nivel del módulo en el que se está trabajando.



Permite acceder al menú de usuario donde encontrará la lista de operaciones en las que se puede trabajar.



Permite salir de la aplicación.



Permite acceder a la opción ayudas en línea donde se detalla la gestión de cada módulo en la aplicación.

## 2. ATENCION DE PACIENTES UNIDAD RENAL

Para iniciar la atención de pacientes, se debe dar clic en el módulo **Atención de Pacientes**. Figura 3.



Figura 3 - Atención de Pacientes

La siguiente ventana Selección de Estación de Enfermería muestra las estaciones de enfermería, para lo cual se debe dar clic en **Unidad Renal**. Figura 4.



Figura 4 – Unidad Renal.

En la siguiente ventana: **ESTACIÓN DE ENFERMERÍA UNIDAD RENAL** se muestran dos opciones:

En la ventana **ESTACIÓN DE ENFERMERÍA UNIDAD RENAL CONSULTA** se muestran todos los pacientes de consulta de urgencias, se visualiza el estado de atención en que se encuentra el paciente.



Ingresar y asignar cama al paciente.



Orden de traslado.



Orden para traslado a cirugía o ha pasado por el servicio de cirugía.



Orden para alta del paciente.



Orden de alta al paciente y pendiente validación de cuenta por facturación.



Orden Salida pendiente por visto bueno de Enfermería.

En la pantalla de Estación de Enfermería se muestra

ESTACION DE ENFERMERIA : UNIDAD RENAL REY DAVID - HOSP																								
Empresa	Centro Unidad	Unidad Funcional	Departamento																					
COSMITET LTDA	COSMITET-CALI	REY DAVID-CALI	UNIDAD RENAL - REY DAVID																					
*ST1* REGISTRO DE LLAMADAS A ESPECIALISTA																								
PACIENTES INTERNADOS EN LA ESTACION																								
HAB.	CAMA	PACIENTE	TIEMPO HOSP.	SIG. VITALES	MED. PACIENTES	CTRL PROGRAMADOS	PROGR APOYO	GLUCO METRIA	NEURO LOGICO	ORDEN SERVICIOS	IMP	SABANA	IMAGENES	PROFESIONAL										
UR01	UR01	PACIENTE DE PRUEBAS UNIDAD RENAL	12 días	SV	MP	CP	AD	GH	CN	OS	SE			MEDICO PRUEBA UNIDAD RENAL										
<table border="1"> <tr> <td>Exil Yomenes no Autorizados ENA</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Exil Yomenes no Tomados ENT</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Exil Yomenes sin Resultados ESR</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Exil Yomenes Autorizados Externos EAE</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Documentos pendientes por digitalizar DPD</td> <td>0</td> </tr> </table>															Exil Yomenes no Autorizados ENA	0	Exil Yomenes no Tomados ENT	0	Exil Yomenes sin Resultados ESR	0	Exil Yomenes Autorizados Externos EAE	0	Documentos pendientes por digitalizar DPD	0
Exil Yomenes no Autorizados ENA	0																							
Exil Yomenes no Tomados ENT	0																							
Exil Yomenes sin Resultados ESR	0																							
Exil Yomenes Autorizados Externos EAE	0																							
Documentos pendientes por digitalizar DPD	0																							

**Figura 5 – Estación de enfermería: Unidad Renal**

**Habitación y Cama:** Permite Visualizar la habitación y la cama donde se encuentra el paciente acostado.

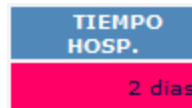
HAB.	CAMA
UR01	UR01

**Nombre completo del Paciente:** Al dar clic sobre el nombre del paciente se visualiza la información del paciente.

INFORMACION DEL PACIENTE	
RESPONSABLE	COOMEVA EPS
PLAN	URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019
TIPO AFILIADO	Cobizante
PACIENTE	ELIZABETH AGUACA SUAREZ
IDENTIFICACION	CC 1030522904
HISTORIA CLINICA	
SEXO	F
FECHA NACIMIENTO	1986-03-18
DIRECCION RESIDENCIA	B/TURA, CALI, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
TELEFONO RESIDENCIA	NA
OBSERVACIONES	

[REGRESAR](#)

**Tiempo de hospitalización:** Es el tiempo que lleva el paciente en el panel de enfermería.



**Signos vitales:** Permite registrar y consultar los signos vitales del paciente.



ESTACIÓN DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA											
Empresa		Centro Unidad		Unidad Funcional		Departamento					
COSMITET LTDA		COSMITET - CALI		REY DAVID - CALI		URGENCIAS - REY DAVID					
PACIENTE			HABITACION		CAMA		FECHA CONTROL				
							10 de 24 de				
FREC. CARD.	FREC. RESP.	PPVC	PPC	PTA	PESO	TALLA	TEMP.	RIANUAL	T. INCUB	SAT O <sub>2</sub>	
X min.	X min.	cmH <sub>2</sub> O	cmH <sub>2</sub> O	cmH <sub>2</sub> O	Kg.	CM.	°C	°C	°C	%	
TENSION ARTERIAL						OBSERVACION					
T.A.	SITIO										
ESCALA VISUAL ANALOGICA - EVA											
Menor Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="button" value="Insertar"/>											

[VOLVER](#)

**Medicamentos registrados:** Permite gestionar (Solicitar, recibir, suministrar, devolver) los medicamentos e insumos.



HABITACION	CAMA	PACIENTE	IDENTIFICACION	CUENTA	INGRESO
				2691837	2488859

PLAN TERAPEUTICO	SOLICITUDES REALIZADAS
MEDICAMENTOS	INSUNOS

MEDICAMENTOS & SOLUCIONES		OPCIONES
<b>CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA X 100ML SOLUCION INYECTABLE   BOLSA X 1. VARIOS - ( FOP050040899 - POS )</b> *Fecha de Formulación: 2020-02-27 Via de Administración: INTRAVENOSA Dosis: 2 BOLSA (S) Dosis Unica Cantidad Diaria: 2 SOLUCION INYECTABLE por 0.9% BOLSA X 100ML Cantidad Total Tratamiento(1.00 días): 2 SOLUCION INYECTABLE por 0.9% BOLSA X 100ML Formu?: mana.melo - MARIA DOLORES NIETO		Registro Administración Medicamentos Notas del Medicamento
CANTIDADES CONFIRMADAS: 2 Unids... CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unids... CANTIDADES SUMINISTRADAS: 2 Unids... CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unids... FALTANTE POR SUMINISTRAR: 0 BOLSA (S)		
<b>ACIDO ZOLEDRONICO 5mg/100ml SOLUCION INYECTABLE   CAJA X 1. VARIOS - ( FOP040930493 - POS )</b> *Fecha de Formulación: 2020-02-27 Via de Administración: INTRAVENOSA Dosis: 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica Cantidad Diaria: 1 SOLUCION INYECTABLE por 5mg/100ml Cantidad Total Tratamiento(1.00 días): 1 SOLUCION INYECTABLE por 5mg/100ml Formu?: mana.melo - MARIA DOLORES NIETO		Registro Administración Medicamentos Notas del Medicamento
CANTIDADES CONFIRMADAS: 1 Unids... CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unids... CANTIDADES SUMINISTRADAS: 1 Unids... CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unids... FALTANTE POR SUMINISTRAR: 0 AMPOLLA (S)		

SELECCION DE BODEGA: [ ] IMPRIMIR PDF [ ] IMPRIMIR POS

**SUMINISTRO RAPIDO**

**Controles Programados:** Permite visualizar los controles que tenga programado el paciente.



Al dar clic muestra los controles.

ESTACIÓN DE ENFERMERIA : UCI ADULTOS 1 REY DAVID					
Empresa	Centro Usidad	Unidad Funcional	Departamento		
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	UCI ADULTO 1- REY DAVID		
HABITACION	CAMA	PACIENTE	IDENTIFICACION	CUENTA	INGRESO
UAD1	UCIA-01	PRUEBAS CASOS PACIENTE DE	CC 1030522004	2697238	2494251
<b>TENSION ARTERIAL</b>					
Frecuencia	Cada 6 horas				
Observación	prueba de controles a pacientes				
VOLVER					


Para regresar clic en **Volver**.

**Programar controles de Apoyo:** Permite visualizar los exámenes enviados al paciente y ver o programar actividades.

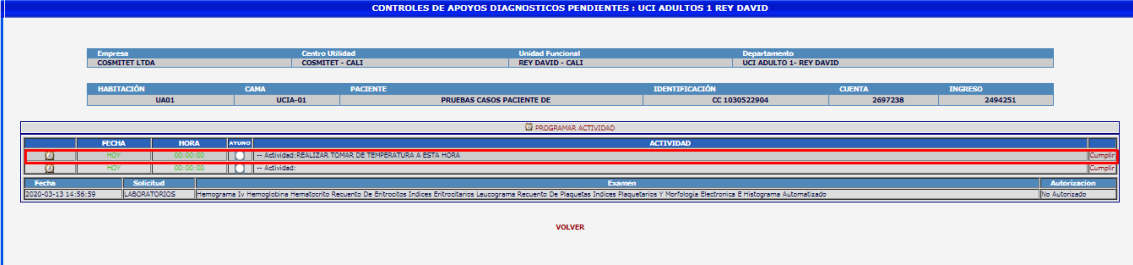


CONTROLES DE APOYOS DIAGNOSTICOS PENDIENTES : UCI ADULTOS 1 REY DAVID					
Empresa	Centro Usidad	Unidad Funcional	Departamento		
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	UCI ADULTO 1- REY DAVID		
HABITACION	CAMA	PACIENTE	IDENTIFICACION	CUENTA	INGRESO
UAD1	UCIA-01	PRUEBAS CASOS PACIENTE DE	CC 1030522004	2697238	2494251
[ ] PROGRAMAR ACTIVIDAD					
Fecha	Solicitud	Examen		Autorización	
2020-03-13 14:56:59	LABORATORIOS	hemograma 2; hemoglobina hematocrito Recuento De Eritrocitos Indices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica E Histograma Automatizado		No Autorizado	
VOLVER					

Para programar actividades da clic en **PROGRAMAR ACTIVIDAD** Se registra la fecha, hora, la actividad y da clic en **Guardar**.



Se almacena la Programación de la actividad

Cuando se realice la actividad se da clic en **Cumplir**.  Y el icono cambia de estado.



**Glucometria:** Permite visualizar, registrar y programar los controles de Glucometria



Al dar clic muestra la venta donde se puede **Programar** o ver el **Resumen** de las Glucometria.

ESTACIÓN DE ENFERMERIA - UCI ADULTOS 1 REY DAVID					
Empresa	Centro Utilidad	Unidad Funcional	Departamento		
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	UCI ADULTO 1 - REY DAVID		
HABITACION	CAMA	PACIENTE	HORARIO	ACCIÓN	
UA02	UCIA-02	PACIENTE UCI PRUEBAS	2020-04-17 15:00:00	PROGRAMAR RESUMEN	
VOLVER					

Para **Programar** la Glucometria se da clic en **PROGRAMAR** y muestra la ventana donde le permite seleccionar los turnos y clic en **Guardar**.

PROGRAMACION DE CONTROLES DE GLUCOMETRIA - [ UCI ADULTOS 1 REY DAVID ]																																									
HABITACION	CAMA	UCIA-02	PACIENTE	PACIENTE UCI PRUEBAS	FECHA PROGRAMACIÓN																																				
UA02	UCIA-02		PACIENTE UCI PRUEBAS		2020-04-17																																				
OBSERVACION			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">TURNO</th> <th>SELECCIONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15 Minutos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>30 Minutos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1 Hora</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2 Horas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>12 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>24 Horas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			TURNO		SELECCIONAR	2 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15 Minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 Minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Horas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 Horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TURNO		SELECCIONAR																																							
2 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
15 Minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
30 Minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
1 Hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
2 Horas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
3 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
4 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
6 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
8 Horas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																							
12 Horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
24 Horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<table border="1"> <tr> <td>GUARDAR TURNOS</td> </tr> </table>						GUARDAR TURNOS																																			
GUARDAR TURNOS																																									
PROGRAMACION DE CONTROLES VOLVER																																									

La Programación de Glucometria es almacenada.

ESTACIÓN DE ENFERMERIA - UCI ADULTOS 1 REY DAVID					
Empresa	Centro Utilidad	Unidad Funcional	Departamento		
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	UCI ADULTO 1 - REY DAVID		
HABITACION	CAMA	PACIENTE	HORARIO	ACCIÓN	
UA02	UCIA-02	PACIENTE UCI PRUEBAS	2020-04-17 15:00:00 2020-04-17 16:00:00 2020-04-17 18:00:00 2020-04-17 20:00:00 2020-04-17 22:00:00	PROGRAMAR RESUMEN	
VOLVER					

El Código de colores para el estado de las programaciones de Glucometria es:

- ✓ **Rojo:** Vencida.
- ✓ **Verde:** Activa.
- ✓ **Negro:** inactiva.

Al dar clic en la programación activa permite registrar el control del Paciente Diabético registrando datos como: Glucometria, Tipo, Cantidad de Insulina, Vía y clic en **Ingresar Datos**.

**CONTROL DE PACIENTE DIABETICO**

HABITACIÓN	CAMA	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	CUENTA	INGRESO
UA02	UCIA-02	PACIENTE UCI PRUEBAS	CC 29833028	2673905	2470930

GLUCOMETRIA	TIPO	INSULINA CANTIDAD	VIA
<input type="text" value="123"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CRISTALINA <input type="checkbox"/> NPH	<input type="text" value="1"/> Unidades <input type="text" value=""/> Unidades	<input type="text" value="Intravenosa"/> <input type="text" value="--SELECCIONAR--"/>

PROGRAMACION DE CONTROLES

El control es almacenado.

**CONTROL DE PACIENTE DIABETICO**

HABITACIÓN	CAMA	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	CUENTA	INGRESO
UA02	UCIA-02	PACIENTE UCI PRUEBAS	CC 29833028	2673905	2470930

LOS DATOS FUERON INSERTADOS SATISFACTORIAMENTE

GLUCOMETRIA	TIPO	INSULINA CANTIDAD	VIA
<input type="text" value="123"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CRISTALINA <input type="checkbox"/> NPH	<input type="text" value="1"/> Unidades <input type="text" value=""/> Unidades	<input type="text" value="Intravenosa"/> <input type="text" value="--SELECCIONAR--"/>

PROGRAMACION DE CONTROLES

Para limpiar los datos da clic en

Para regresar a Programación de Controles clic en

Para ver el **Resumen** de los Controles Clic en

**RESUMEN CONTROL DE GLUCOMETRIA**

HABITACIÓN	CAMA	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	CUENTA	INGRESO
UA02	UCIA-02	PACIENTE UCI PRUEBAS	CC 29833028	2673905	2470930

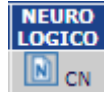
FECHA	GLUCOMETRIA	INSULINA CRISTALINA		INSULINA NPH		USUARIO
		CANTIDAD	VIA	CANTIDAD	VIA	
HOY 16:00:00	123	1	Intravenosa	--	--	medibouci
HOY 15:00:00	123	--	--	1	Intravenosa	medibouci
2020-02-26 03:00:00	231	10	Subcutánea	--	--	maria.castro
2020-02-24 18:00:00	255	10	Subcutánea	--	--	maria.castro
2020-02-24 06:00:00	131	--	--	--	--	monica.ramirez
2020-02-23 20:00:00	144	--	--	--	--	monica.ramirez
2020-02-23 06:00:00	140	--	--	--	--	jose.ayala

PROGRAMACION DE CONTROLES

Para regresar a Programación de Controles clic en [PROGRAMACION DE CONTROLES](#)

**Control Neurológico:** Permite realizar el Control Neurológico al paciente.

Nota: El profesional debe haber solicitado el Control al paciente para neurología.



Al Dar clic permite programa los turnos para el control neurológico de la misma como se realizan las Glucometria.

PROGRAMACION DE CONTROLES NEUROLOGICOS - [ UCI ADULTOS 1 REY DAVID ]

HABITACION	CAJA	PACIENTE	FECHA PROGRAMACIÓN
UA02	UCIA-02	PACIENTE UCI PRUEBAS	2020-04-20

**CONTROL NEUROLOGICO**  
Frecuencia: Cada 8 horas  
Observación: para prueba de Control neurológico

HORA DEL DÍA	TURNOS	
	1 hora	Seleccionar Todos
08:00	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
09:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTACION DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA

Empresa	Centro Unidad	Unidad Funcional	Departamento
COSMITET LTDA	COSMITET - CAI	REY DAVID - CAI	URGENCIAS - REY DAVID

HABITACION	CAJA	PACIENTE	IDENTIFICACION	CUENTA	INGRESO
				2500321	2297021

**PLAN TERAPEUTICO**    **SOLICITUDES REALIZADAS**

**MEDICAMENTOS**    **INGRESOS**

SUNISTRADO RAPIDO

MEDICAMENTOS & SOLUCIONES	Opciones
<b>TRAIADOL CLORHIDRATO 100mg/2ml SOLUCION INYECTABLE   CAJA X 1. VARIOS - ( FOFOT0200932 - POS )</b> *Fecha de Formulación: Dosis: 1 AMPOLLA (S)      Dosis Unica Cantidad Diaria: 1 SOLUCION INYECTABLE por 100mg/2ml Cantidad Total Tratamiento(1.00 dias): 1 SOLUCION INYECTABLE por 100mg/2ml Formu#: Fleider-gomez - FLEIDER LEONANI GOMEZ CABRERA	Registro Administrac(7) Medicamentos Notas del Medicamento 2019-12-31 INTRAMUSCULAR
CANTIDADES CONFIRMADAS: 0 Unids.    CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unids.    CANTIDADES SUNISTRADAS: 1 Unids.    CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unids.    FALTANTE POR SUNISTRAR: 0 AMPOLLA (S)	
<b>MEDICAMENTOS DESPACHADOS</b>	
<b>CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA X 1000ML SOLUCION INYECTABLE   CAJA X 1. VARIOS - ( FOFOS0040589 - POS )</b> *Fecha de Formulación: Dosis: 1 BOLSA (S)      Dosis Unica Cantidad Diaria: 1 SOLUCION INYECTABLE por 0.9% BOLSA X 1000ML Cantidad Total Tratamiento(1.00 dias): 1 SOLUCION INYECTABLE por 0.9% BOLSA X 1000ML Observac(7): PASA 500ML EN BOLO Y DEJARA 100 CC HORA Formu#: Fleider-gomez - FLEIDER LEONANI GOMEZ CABRERA	Registro Administrac(7) Medicamentos Notas del Medicamento 2019-12-31 INTRAVENOSA
CANTIDADES CONFIRMADAS: 1 Unids.    CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unids.    CANTIDADES SUNISTRADAS: 1 Unids.    CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unids.    FALTANTE POR SUNISTRAR: 0 BOLSA (S)	
<b>MEDICAMENTOS DESPACHADOS</b>	
SELECCION DE BODEGA : <input type="button" value="SELECCIONAR"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> IMPRIMIR PDF <input checked="" type="checkbox"/> IMPRIMIR POS	
<input type="button" value="SOLICITAR"/>	

SUNISTRADO RAPIDO

**ESTACION DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA**

Empresa COSMITET LTDA		Centro Unidad COSMITET - CALL	Unidad Funcional REY DAVID - CALL	Departamento URGENCIAS - REY DAVID
--------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

HABITACION	CAJA	PACIENTE	IDENTIFICACION	CUENTA	INGRESO
				2260555	2267655

**PLAN TERAPEUTICO**    **SOLICITUDES REALIZADAS**

**MEDICAMENTOS**    **INSUMOS**

EL PACIENTE NO TIENE MEDICAMENTOS SOLICITADOS

<b>Insumos Y Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> Confirmación de Despacho <input type="checkbox"/> Productos Pacientes <input type="checkbox"/> Solicitar Insumos Para Pacientes <input type="checkbox"/> Agregar Insumos <input type="checkbox"/> Agregar Paquetes	<b>Devoluciones</b> <input type="checkbox"/> Devolucion Insumos <input type="checkbox"/> Devolucion Medicamentos
--	--

**ESTACION DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA**

**VOLVER**

**Ordenes de servicio:** Permite visualizar las solicitudes (Apoyos Diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, interconsultas) autorizadas y sin autorizar.



**DETALLE SOLICITUDES - CENTRAL DE IMPRESION HOSPITALARIA**

<b>DATOS PACIENTE</b>	
IDENTIFICACION:	PACIENTE:

SERVICIO	HOSPITALARIO	DEPARTAMENTO	PLAN/PROGRAMA REGISTRO REGION 2(VALLE-CAUCA)	HOSPITALIZACION	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO
13/12/2019 13:36:46	8366277	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA		EL CARGO EQUIVALENTE 890439 DEL TARIFARIO 0002 REQUIERE AUTORIZACION INTERNA (GRUPO)		1	Interconsultas <input type="checkbox"/>
26/12/2019 08:57:46	8482451	891702	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO CON OXIMETRIA		EL CARGO EQUIVALENTE 891702 DEL TARIFARIO 0002 REQUIERE AUTORIZACION INTERNA (GRUPO)		1	Apoyos Diagnosticos <input type="checkbox"/>

**RESERVA DE SANGRE**     **INGRESO: 2148794**

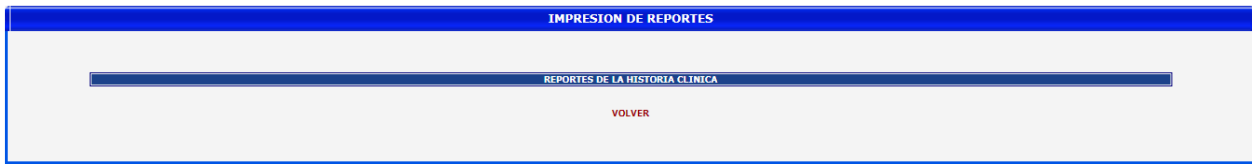
**ORDENES SERVICIO AUTORIZADAS**

NUMERO DE ORDEN DE SERVICIO 582848

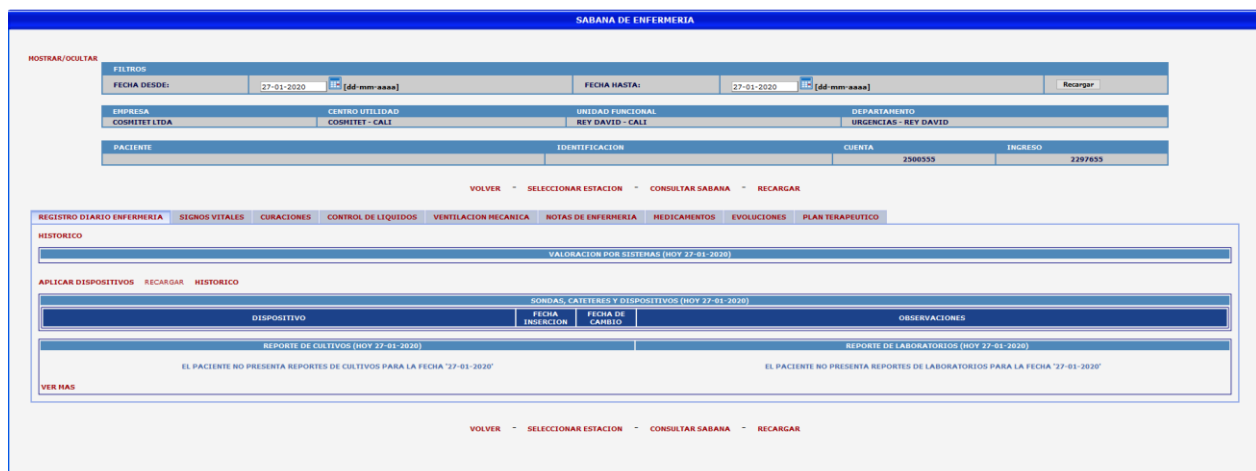
TIPO AFILIADO:	Cotizante	RANGO:	VALLE	SEMANAS CO:	0	SERVICIO:	HOSPITALARIO
AUT. INT.:	588896	AUT. EXT.:		AUTORIZACION:		RUTH HARITZA PEÑARANDA GOMEZ	
PLAN:	PROGRAMA REGISTRO REGION 2(VALLE-CAUCA)						
ITEM	CANT.	CARGO	DESCRIPCION	PROVEEDOR			
755907	1	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	DIPTO. HOSPITALIZACION - CRD			
CÓDIGO TARIFARIO			DESCRIPCION TARIFARIO				
16			CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS				
CÓDIGO SUBGRUPO TARIFARIO			DESCRIPCION SUBGRUPO TARIFARIO				
03			ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION (VALORACION)				
<b>OBSERVACIONES:</b>							
ACTIVACION:	31/12/2019	VENC.:	28/06/2020	REFERENCIAR HASTA:	28/06/2020		
ESTADO:	ACTIVO						

**Impresión de Reportes:** Permite realizar la impresión de Reportes de la Historia clínica.





**Sabana de enfermería:** Permite realizar la gestión de enfermería.



**Imágenes:** Permite visualizar los estudios de imagenología que tiene el paciente.

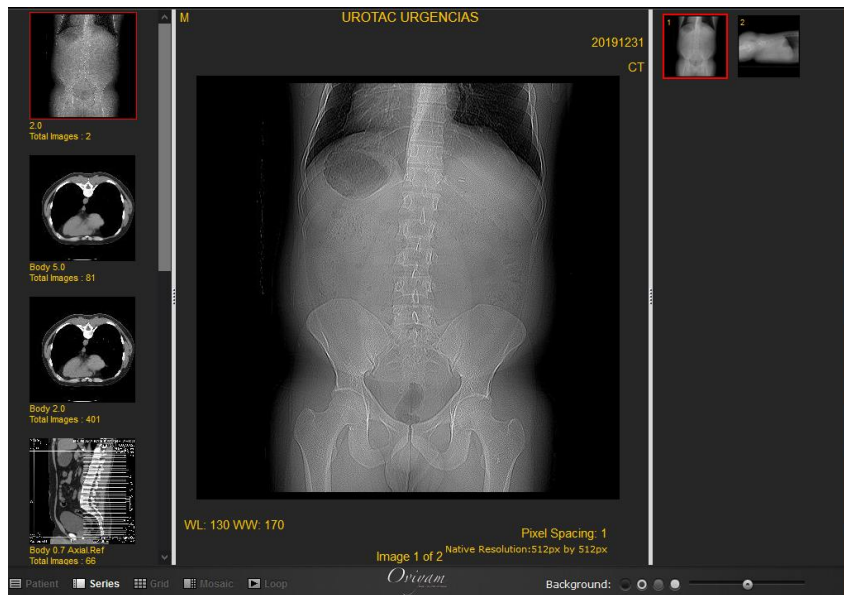
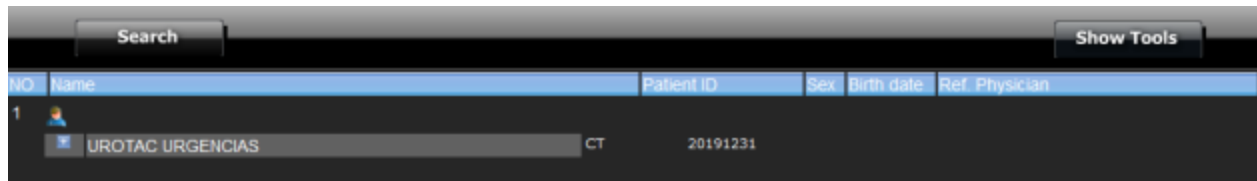


Paciente sin Estudios de imagenología.



Paciente con Estudios de imagenología.

Quando el paciente tiene estudios de imagenología al dar clic en el icono se visualizan las imágenes.



**Profesionales Atención:** Muestra el Nombre del profesional que atiende.




- DPD:** Documentos pendientes por digitalizar.
- ENA:** Exámenes no Autorizados.
- ENT:** Exámenes no Tomados.
- ESR:** Exámenes sin Resultados.
- EAE:** Exámenes Autorizados Externos.
- TCL:** Tiempo de Cumplimiento de Órdenes Medicas.


DPD	ENA	ENT	ESR	EAE	TCL
0	0	0	0	0	6

Al dar clic sobre el número muestra la información detallada.

FECHA	SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO	PRECIO
Exámenes no Autorizados ENA							
Exámenes no Tomados ENT							
31/12/2019 10:27:04	8923773	881202	ECCARDIOGRAMA TRANSITORICO		1	Ayuda Diagnoses	\$190.308
							TOTAL: \$190.308
Exámenes sin Resultados ESR							
Exámenes Autorizados Externos EAE							
31/12/2019 10:27:04	8923773	881202	ECCARDIOGRAMA TRANSITORICO		1	Ayuda Diagnoses	

[VOLVER](#)

**Historia clínica:** Permite registrar y consultar la información de la historia clínica del paciente. Todo paciente con el icono  es el que está en proceso de atención.

El orden de atención de paciente lo determina la columna **TIEMPO HOSP**. Luego se da clic en el icono  para iniciar la atención. Cuando se ingresa a la ventana INFORMACION PACIENTE se muestra la siguiente información. **Figura 6**



**COSMITET LTDA**

Martes, 02 de Junio de 2020

MENU

**PACIENTE DE PRUEBAS UNIDAD RENAL** Edad: 41 años, 3 meses, 10 días.  
Responsables: CDOMEVA EPS - URG-VITAL CDOMEVA CONTRIBUTIVO 2019

CONSULTA HC EMPRESAS:


[VOLVER](#) [CERRAR](#)

**INFORMACION PACIENTE**


PACIENTE IDENTIFICACION	PACIENTE DE PRUEBAS UNIDAD RENAL	SEXO	MASCULINO
FECHA INGRESO	CC 8930072	TIEMPO HOSP	12 Dias 18 Horas
OCCUPACIÓ	15/ 05/ 2020	DATOS ACUDIENTE (S)	
	EMPLEADOS DE AGENCIAS DE VIAJES	PARENTESCO	Otro
NOMBRE	OTRO OTRO	TELÉFONO	3444444
DIRECCIÓ		PACIENTE HOSPITALIZADO	
DEPARTAMENTO	UNIDAD RENAL - REY DAVID	CAMA	UR01
UBICACIÓ	UNIDAD RENAL REY DAVID - HOSP		
HABITACIÓ	UR01		

**Figura 6 – Menú Información del paciente.**

Al ingresar la Historia Clínica se encuentra en la parte superior:

**Menú:** Permite registrar y visualizar todos los submodulos que comprenden la historia clínica. 

**Laboratorios:**  Permite Visualizar los Reportes de Resultados de los Laboratorios del paciente.

**Historia Clínica Actual:** Permite visualizar los submodulos de la historia clínica de forma dinámica o estática. 

Estática

Dinámica


MENU	
HISTORIA CLINICA	Antecedentes Personales
ORDENES MEDICAS	
EVOLUCION	Motivo Ingreso - EA
EGRESO	Antecedentes
TERAPIAS DE REHABILITACION	Antecedentes Gineco Obstetricos
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	Signos Vitales Generales
ECOCARDIOGRAMAS	Examen Físico
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Revisión por Sistemas
	Impresión Diagnostica
	Índice de Trauma Revisado - ITR
	Transfusión Sanguínea
	Finalidad Atención
	Origen de Atención
	Delito Sexual

Para avanzar o retroceder entre los submodulos de la historia clínica se da clic en.



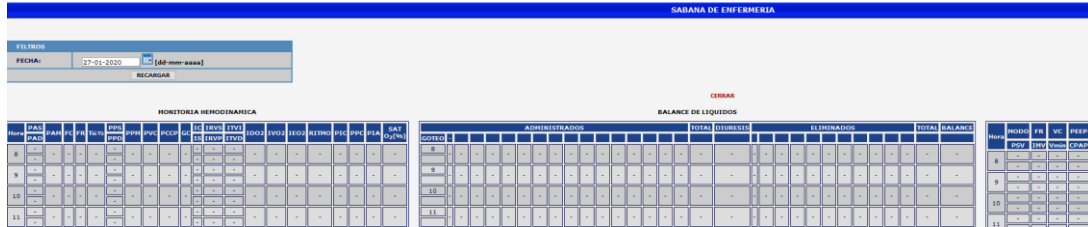
**Historial:** Permite visualizar el resumen cronológico de la Historia clínica del paciente.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA	
HISTORIAL CRONOLOGICO DEL PACIENTE	
Ingreso No.: 2295897	
Fecha de Ingreso : 2019-12-30	
Departamento : HOSPITALIZACION - CRD	
Evolución No.: 5777848 - 2020-01-24 - Profesional: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS - MEDICO GENERAL	

**Lectura de Apoyo Diagnósticos:** Permite gestionar los apoyos diagnósticos leídos por el profesional. 

LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS					
EXAMENES SOLICITADOS AL PACIENTE POR:					
OTROS PROFESIONALES DEL MISMO DEPARTAMENTO					
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION
1			CAPSULOTOMIA CON LASER - 8 MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL - 3 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA - 8 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA - 8 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO - 8 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA - 1	Cumplido     Sin Pagar	Desactivado para Lectura
OTROS PROFESIONALES DE OTROS DEPARTAMENTOS					
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION
3	5768222	2019-12-30	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR - 0	Sin Realizar	Desactivado para Lectura
		2019-12-30	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - 1	Sin Pagar	Realizar Interpretación Medica
					Desactivado para Lectura

**Sabana de Enfermería:** Permite consultar la sabana de enfermería. 



**FILTROS**  
 FECHA: 27-01-2020 [dd-mm-aaaa]  
 RECARGAR

**MONITOREA HEMODINAMICA**

**BALANCE DE LIQUIDOS**

**ADMINISTRADOS**

**ELIMINADOS**

**TOTAL**

**BALANCE**


**Datos Paciente:** Permite visualizar Nombre del paciente, edad y la Entidad Responsable del paciente.

**PACIENTE PRUEBAS** Edad: 33 años, 10 meses, 9 días.  
 Responsable: COOMEVA EPS - URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019

Al dar clic sobre el nombre del paciente muestra los datos del paciente.

**DATOS PACIENTE**

TIPO DOCUMENTO:	CC
DOCUMENTO:	1030522904
PRIMER NOMBRE:	PACIENTE
SEGUNDO NOMBRE:	
PRIMER APELLIDO:	PRUEBAS
SEGUNDO APELLIDO:	
FECHA NACIMIENTO:	1986-03-18
DIRECCION:	B/TURA
TELEFONO:	NA
NOMBRE MADRE:	
OCUPACION:	
SEXO:	Femenino
CAUSA EXTERNA:	Otra
VIA INGRESO:	Urgencias

**Consulta HC Empresas:** Permite consultar las historias clínicas que el paciente haya tenido en las otras empresa. 

Se da clic en la empresa.

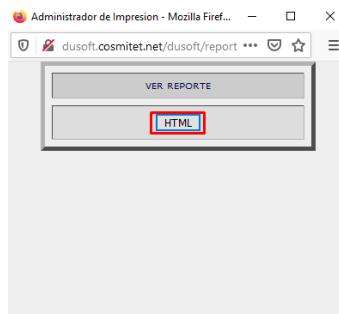
EMPRESAS	
UCI - DUMIAN PEREIRA	
CLINICA MEDICAL DUARTE ZF	
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO - B/TURA	
<b>COSMITET LTDA - ANTERIOR</b>	
CLINICA DEL CAFE - ARMENIA	
CLINICA MARIANGEL - TULUA	
CHS AMAN - MANIZALES	
CLINICA SANTA ANA - MANIZALES	
CLINICA SANTA GRACIA - POPAYAN	
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA	
CLINICA LAS PEÑITAS SAS - SINCELEJO	
CLINICA EL BOSQUE - CARTAGENA	
CLINICA PINARES - PEREIRA	
COSMITET LTDA - ACTUAL	

Cerrar


Se da clic en el ingreso.

COSMITET LTDA - ANTERIOR						
Identificación		Datos Paciente		Estudios		HC Famlograma Epicrisis
Ingreso	Departamento	Profesional	HACERES REY DAVID		Servicio	Fecha
7433208	PYP - EL BOSQUE PYP - EL BOSQUE	MEDICO HOSPITALARIO	PYP CITOLOGIAS - EL BOSQUE		AMBULATORIO AMBULATORIO	29-11-2017 29-11-2017

Se da clic en formato HTML.



Se visualiza el reporte de Historia clínica.



**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b>	<b>IDENTIFICACION</b>	HC: 31292552 - CC
<b>POBLACION VULNERABLE:</b>	<b>PERTENENCIA ETNICA:</b> AFRO COLOMBIANO	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 18/6/1955	<b>EDAD:</b> 62 Años	<b>SEXO:</b> F
<b>RESIDENCIA:</b> VIA MONTEBELLO VEREDA MONTEALEGRE	<b>VALLE DEL CAUCA-CALI</b>	<b>TIPO AFILIADO:</b> Otro
<b>OCCUPACION:</b> AMA DE CASA		<b>TELEFONO:</b> 9924198
<b>NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>NOMBRE ACOMPAÑANTE:</b>	<b>PARENTESCO:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>FECHA INGRESO:</b> 29/11/2017 - 07:34:12	<b>FECHA EGRESO:</b> 29/11/2017 - 08:47:39	<b>CANA:</b>
<b>DEPARTAMENTO:</b> 029284 - PYP - EL BOSQUE	<b>SERVICIO:</b> AMBULATORIO	
<b>PLAN:</b> FIERRO CASABILES Y PUERTOS PAC 2014		
<b>ESTADO CIVIL:</b> CASADO(A)		

Fecha Impresión: 2020/12/7 - 12:19:35

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	ESTADO	OBSERVACION
2124	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO UTERINO			

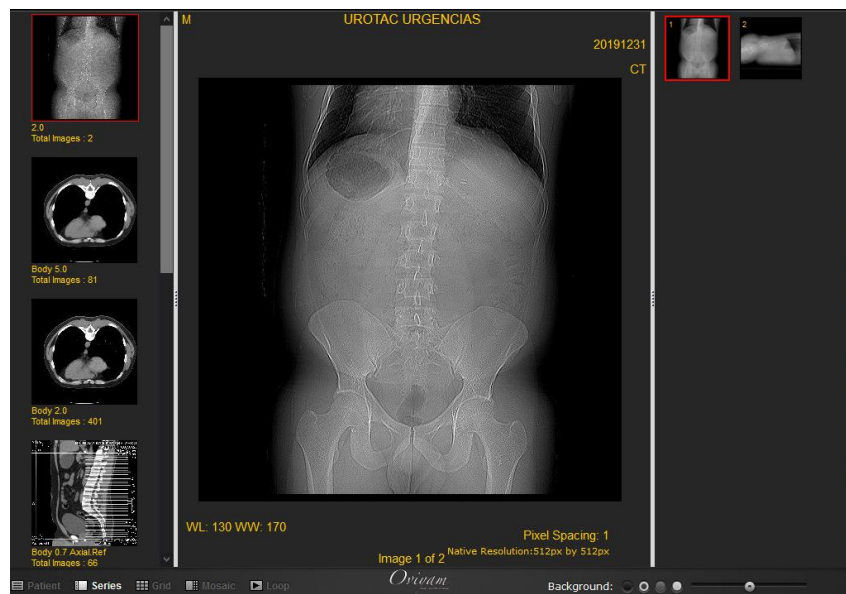
ANTECEDENTES	ANTECEDENTES PERSONALES	
	OP	DETALLE
Actividad Fisica	SI	NIULA
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO

En la Consulta de Historia clínica otra empresa se encuentra la opción de **Estudios - Imágenes Red David**.

Identificación	Datos Paciente	Estudios	HC    Familiares    Epícrisis	IMPRESION HC ENTREGA PACIENTE
		<b>IMAGENES REY DAVID</b>		

Al dar clic en **IMAGENES RED DAVID** permite consultar los estudios de imagenología que tenga en paciente en esa historia clínica.

NO	Name	Patient ID	Sex	Birth date	Ref Physician
1	UROTAC URGENCIAS	CT		20191231	



**Volver:** Permite regresar al panel de enfermería. [VOLVER](#)

**Cerrar:** Permite definir la conducta médica a seguir con el paciente. [CERRAR](#)

**Conducta Medica**

- Dar de Alta
- Remitir a otra Institución
- Continuar Atención
- Trasladar a Cirugía
- Trasladar a Observación Urgencias
- Trasladar a Hospitalización
- Trasladar a UCI
- Defuncion del Paciente
- Alta Voluntaria
- FUGA

OBSERVACIONES

**Continuar:** Permite realizar el proceso de cierre de la historia clínica del paciente.

**CONTINUAR**

**HISTORIA CLINICA**

La historia clínica fue cerrada satisfactoriamente.  
Honorarios Medicos  
Ir al modulo de Impresión  
Listado de pacientes para atención

En el lado izquierdo de la pantalla se muestran los siguientes módulos:

Historia Clínica

**HISTORIA CLINICA**

Ordenes médicas

**ORDENES MEDICAS**

Evolución

**EVOLUCION**

Egreso

**EGRESO**

Terapias de Rehabilitación

**TERAPIAS DE REHABILITACION**

Consentimientos informados

**CONSENTIMIENTOS INFORMADOS**

Ecocardiogramas

**ECOCARDIOGRAMAS**

Encuesta Covid19

**Encuesta COVID19**

### 3. HISTORIA CLINICA

Al dar clic en **Historia clínica**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 7

HISTORIA CLINICA	Ocupacion Paciente
	Motivo Ingreso - EA
	Antecedentes
	Antecedentes Gineco Obstetricos
	Examen Físico
	Impresion Diagnostica
	Indice de Trauma Revisado - ITR
	Transfusión Sanguínea
	Finalidad Atencion
	Origen de Atencion
	Solicitudes Pendientes
	Delito Sexual

Figura 7 – Menú Historia Clínica

#### 3.1 OCUPACION PACIENTE

Al dar clic en **Ocupación Paciente** HISTORIA CLINICA Ocupacion Paciente permite registrar la **ocupación del paciente**. Figura 8



OCUPACION DEL PACIENTE		
OCUPACION	OCUPACION PACIENTE	NOTA
		
INGRESO: 3297655 FECHA Y VIA DE INGRESO: ( 24 / 1 / 2020 ) - Urgencias		

Figura 8 – Ocupación Paciente.

Se da clic en **NOTA**.  Permite realizar la búsqueda por **Código** u **Ocupación** del paciente, se da clic en la ocupación y clic en **Guardar**.

**DESCRIPCION OCUPACION DEL PACIENTE**

CODIGO:	OCUPACION:	BUSQUEDA AVANZADA DE OCUPACIONES	BUSCAR
		AGENTES	<input type="button" value="BUSCAR"/>
RESULTADO DE LA BUSQUEDA			
CODIGO	OCUPACION	OPCION	
2421	ABOGADOS	<input type="radio"/>	
2142	ACOMPANANTES Y AYUDAS DE CAMARA	<input type="radio"/>	
2423	ACTORES Y DIRECTORES DE CINE, RADIO, TEATRO, TELEVISION Y AFINES	<input type="radio"/>	
5152	ADIVINADORES, QUIROMANTICOS Y AFINES	<input type="radio"/>	
2429	AGENTES COMERCIALES Y CORREDORES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES	<input type="radio"/>	
3441	AGENTES DE ADUANA E INSPECTORES DE FRONTERAS	<input type="radio"/>	
3411	AGENTES DE BOLSA, CAMBIO Y OTROS SERVICIOS FINANCIEROS	<input type="radio"/>	
3421	AGENTES DE COMPARAS Y CONSIGNATARIOS	<input type="radio"/>	
3449	AGENTES DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS DE ADUANAS, IMPUESTOS Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES	<input type="radio"/>	
3412	AGENTES DE SEGUROS	<input type="radio"/>	
3414	AGENTES DE VIAJES	<input type="radio"/>	
3413	AGENTES INMOBILIARIOS	<input checked="" type="radio"/>	
2423	AGENTES PUBLICOS Y PRIVADOS DE COLOCACION Y CONTRATISTAS DE MANO DE OBRA	<input type="radio"/>	

Paginas: 1 2 3 4 5 >> >

Página 1 de 5

---

**DESCRIPCION OCUPACION**

DESCRIPCION	DESCRIPCION OCUPACION

Se coloca la **DESCRIPCION** (Opcional) y da clic en

**DESCRIPCION OCUPACION**  
AGENTES INMOBILIARIOS

DESCRIPCION	SI SE REQUIERE SE COLOCA


El registro de la **Ocupación Del Paciente** se almacena con fecha, hora y Profesional.

OCUPACION PACIENTE			NOTA
AGENTES INMOBILIARIOS			<input type="button" value="NOTA"/>
FECHA	OCUPACION	DESCRIPCION DE LAS OCUPACIONES ACTUALES Y/O ANTERIORES DEL PACIENTE	
2020-01-28	12:06 MEDICO PRUEBAS URGENCIAS	DESCRIPCION : SI SE REQUIERE	
INGRESO: 2297653 FECHA Y VIA DE INGRESO: ( 24 / 1 / 2020 ) - Urgencias			

Y para regresar clic en **Volver**  regresa a la pantalla anterior sin guardar la **DESCRIPCION**.

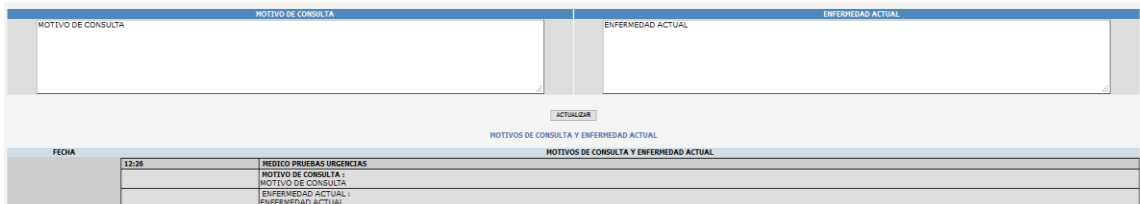
### 3.2 MOTIVO DE INGRESO - EA

Al dar clic en **Motivo De Ingreso - EA**   Permite registrar el Motivo de Consulta y Enfermedad Actual del Paciente. Figura 9



**Figura 9 – Motivo de Consulta.**

Al dar clic en **Insertar** almacena la información con Fecha, Hora y Profesional.



FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
12:26	MEDICO PRIEBAS URGENCIAS MOTIVO DE CONSULTA: MOTIVO DE CONSULTA ENFERMEDAD ACTUAL: ENFERMEDAD ACTUAL

El botón **Insertar** cambia a **Actualizar** **ACTUALIZAR** Permite actualizar la información de Motivo de Consulta y Enfermedad Actual.



FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
12:26	MEDICO PRIEBAS URGENCIAS MOTIVO DE CONSULTA - (MODIFICACIÓN) ENFERMEDAD ACTUAL (MODIFICACIÓN) MOTIVO DE CONSULTA - (MODIFICACIÓN) ENFERMEDAD ACTUAL (MODIFICACIÓN)

### 3.3 ANTECEDENTES

Al dar clic en **Antecedentes:** **HISTORIA CLINICA** **Antecedentes** permite registrar la información de los Antecedentes Familiares y/o Personales suministrados por el paciente, se debe seleccionar la presencia **SI** o **NO** y el detalle. Si considera **Resaltar** y dar clic en **Aceptar.** **aceptar** Figura 10.

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES--	FAMILIARES	PERSONALES*	MOSTRAR: DETALLE	HISTORIAL
Actividad Física	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO TRES VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/> RESALTAR		
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Alergias	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Alimentacion	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Violencia Sexual	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
<input type="button" value="Aceptar"/>		<input type="button" value="Limpiar"/>		

**Figura 10 – Antecedentes Personales**

Los **Antecedentes** registrados se observan en el **Detalle**

ANTECEDENTES--	FAMILIARES	PERSONALES*	MOSTRAR: DETALLE													
Actividad Física	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OP</th> <th>TIPO</th> <th>DETALLE</th> <th>F. REGISTRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI</td> <td>P</td> <td>TRES VECES POR SEMANA</td> <td>2020-01-28</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>F</td> <td>NO EFECTUA</td> <td>2020-01-28</td> </tr> </tbody> </table>	OP	TIPO	DETALLE	F. REGISTRO	SI	P	TRES VECES POR SEMANA	2020-01-28	NO	F	NO EFECTUA	2020-01-28	
OP	TIPO	DETALLE	F. REGISTRO													
SI	P	TRES VECES POR SEMANA	2020-01-28													
NO	F	NO EFECTUA	2020-01-28													

Para no guardar la información de los Antecedente da clic en **Limpiar**.

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES--	FAMILIARES	PERSONALES*	MOSTRAR: DETALLE	HISTORIAL
Actividad Física	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR		
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Alergias	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Alimentacion	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Violencia Sexual	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="checkbox"/> RESALTAR <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
<input type="button" value="Aceptar"/>		<input type="button" value="Limpiar"/>		

**Nota:** Se debe registrar como minimo un **Antecedente Familiar** y uno **Personal** en la primera atención del paciente.

Al dar clic en **Historial** se despliega la información o resumen de los antecedentes registrados Personales y Familiares, la fecha, hora y detalle registrados.

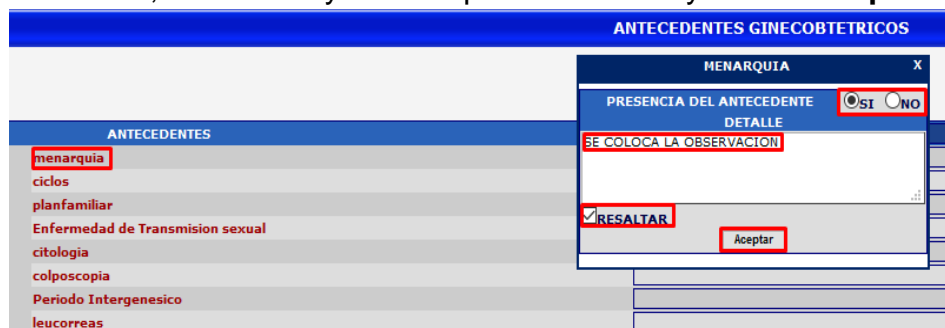
### 3.4 ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS

Al dar clic en **Antecedentes Ginecobstetricos** HISTORIA CLINICA Antecedentes Gineco Obstetricos permite registrar la información de Gineco o control prenatal del paciente. Figura 11

ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS		OP.	DETALLE	RESALTAR	VISIBLES	OCULTOS
GINECO	menarquia					
	ciclos					
	planfamiliar					
	Enfermedad de Transmision sexual					
	citologia					
	colposcopia					
	Periodo Intergenesico					
	leucorreas					
	Hita Infertilidad					
	Des Escudinas					
	Ruptura prematura de membranas					
	Retardo en crecimiento intrauterino					
	Anemias Parto prematuro					
	Parto Prematuro					
	Siemlar					
CONTROL PRENATAL	Malformaciones					
	patologías					
	Organización					
	Emb. Prolongado					
	Anemias Materno					
	Fecha última menstruación					
	Fórmula Gestacional					
	Uterina					
	Fecha último parto					
	Síntesis VIDA Sexual					
	Número Compañeros Sexuales					
	Embarazo Ectópico					
	Alcohol Metabol					
	Recido masido > 400000					
	Recido Masido < 2500 Gr					
HTA Inducida por embarazo						
Pre-eclampsia / Eclampsia						
Neuritis Placentaria						
Embarazo Múltiple						
Hemorragia / Muerte Neonatal						
Tiempo parto prolongado o difícil						
Antecedentes Obstétricos						
Riesgo Biológico						
Condiciones Asociadas						
Embarazo Actual						
Riesgo Prenatal						
Clasificación Riesgo Biológico						
Variables Transitorias						

Figura 11 – Antecedentes Ginecobstetricos.

Al dar clic en el Antecedente se despliega la venta donde se selecciona la presencia del antecedente **Si** o **No**, el **Detalle** y si se requiere **Resaltar** y clic en **Aceptar**.



Los **Antecedentes Ginecobstetricos** se puede observar:

**MOSTRAR:** TODOS | VISIBLES | OCULTOS

**TODOS:** Muestra los antecedente marcados tanto como ocultos como los visibles

ANTECEDENTES		OP.	DETALLE	F. REGIS	OCUL
menarquia	SI	SE COLOCA LA OBSERVACIÓN		2020-01-28	<input type="checkbox"/>
ciclos					
planfamiliar					
Enfermedad de Transmisión sexual					
citología	NO	NO SE HA REALIZADO TODAVIA		2020-01-28	<input checked="" type="checkbox"/>
colposcopia					
Periodo Intergenesico					
leucorrea					

**VISIBLES:** Muestra los antecedentes no marcados como ocultos

ANTECEDENTES		OP.	DETALLE	F. REGIS	OCUL
menarquia	SI	SE COLOCA LA OBSERVACIÓN		2020-01-28	<input type="checkbox"/>
ciclos					
planfamiliar					
Enfermedad de Transmisión sexual					
citología					
colposcopia					
Periodo Intergenesico					

**OCULTOS:** Muestra los antecedentes marcados como ocultos

ANTECEDENTES		OP.	DETALLE	F. REGIS	OCUL
menarquia					
ciclos					
planfamiliar					
Enfermedad de Transmisión sexual					
citología	NO	NO SE HA REALIZADO TODAVIA		2020-01-28	<input checked="" type="checkbox"/>
colposcopia					
Periodo Intergenesico					

En la parte inferior encontramos el enlace para **Diagnostico Para Los Antecedentes.**

**DIAGNOSTICOS PARA LOS ANTECEDENTES** Permite relacionar un diagnostico a los antecedentes

DIAGNOSTICO ANTECEDENTES GINECOBETRICOS

---

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO:  DIAGNOSTICO:  BUSQUEDA

CODIGO	DIAGNOSTICO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	TIPO DX	FECHA:	OP
Y760	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS DE DIAGNOSTICO Y MONITOREO		<input checked="" type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	20-01-2020	<input checked="" type="checkbox"/>
Y761	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS (NO QUIRURGICOS) Y DE REHABILITACION		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Y762	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS PROTESICOS Y OTROS IMPLANTES, MATERIALES Y ACCESORIOS		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Y763	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, INSTRUMENTOS QUIRURGICOS, DISPOSITIVOS Y MATERIALES (INCLUSIVE SUTURAS)		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Y766	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS DIVERSOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Z314	EXAMEN GINECOLOGICO (GENERAL) (DE RUTINA)		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>

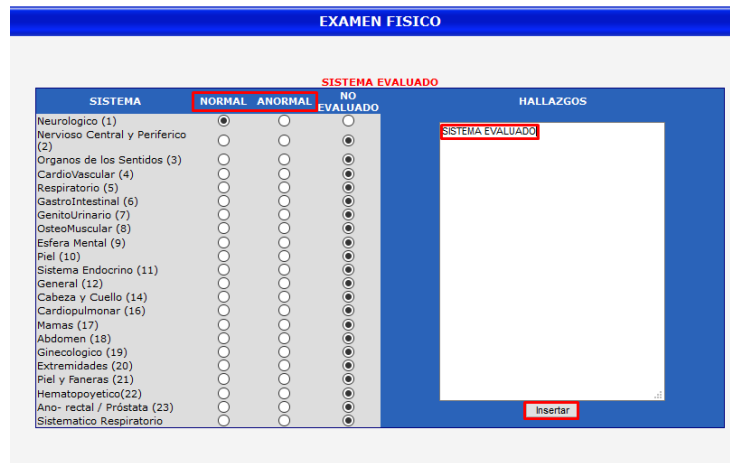
(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA  
  (CN) - CONFIRMADO NUEVO  
  (CR) - CONFIRMADO REPETIDO

**Nota:** El submodulo **Antecedente Ginecobstetricos** se activa solo para pacientes de Sexo Femenino y se debe registrar el **FUM** como obligatorio para poder cerrar la Historia Clínica.

### 3.5 EXAMEN FISICO

Al dar clic en **Examen Físico** HISTORIA CLINICA Examen Físico permite registrar los resultados del examen físico y los hallazgos encontrados por el profesional. Se debe

registrar como mínimo un Sistema con valoración Normal o Anormal y en el campo de texto Hallazgos debe escribir como mínimo 8 caracteres y dar clic en **Insertar**. Figura12



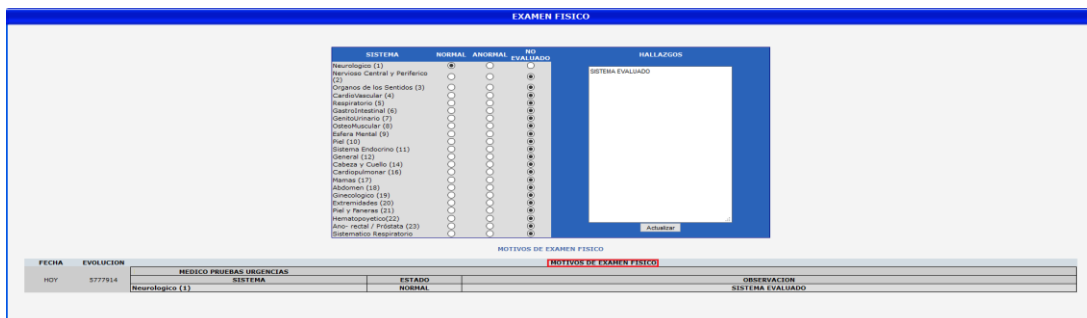
SISTEMA	SISTEMA EVALUADO			HALLAZGOS
	NORMAL	ANORMAL	NO EVALUADO	
Neurologico (1)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SISTEMA EVALUADO
Nervioso Central y Periferico (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Organos de los Sentidos (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CardioVascular (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiratorio (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
GastroIntestinal (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
GenitoUrinario (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
OsteoMuscular (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Esfera Mental (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistema Endocrino (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
General (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cabeza y Cuello (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiopulmonar (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mamas (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abdomen (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ginecologico (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremidades (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel y Fanelas (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hematopoyetico(22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ano- rectal / Próstata (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistematico Respiratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Figura 12 – Examen Físico

Al dar clic en insertar muestra el mensaje de confirmación. Se da clic en **Aceptar**.

Se ha guardado satisfactoriamente ¿DESEA SALIR DE ESTA PAGINA?

En la parte inferior en **Motivos de Examen Físico** muestra la fecha y hora de los sistemas evaluados y el profesional.



FECHA	EVOLUCION	MEDICO PRIMERAS URGENCIAS	ESTADO	OBSERVACION
NOV	577914	Neurologico (1)	NORMAL	SISTEMA EVALUADO

El botón **Insertar** cambia a **Actualizar** permitiendo realizar cambios en el Examen Físico si el profesional lo requiere y da clic en **Actualizar**.

**EXAMEN FISICO**

SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	NO EVALUADO	HALLAZGOS
Neurologico (1)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OTRO SISTEMAS EVALUADO
Nervioso Central y Periferico (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Organos de los Sentidos (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiovascular (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiratorio (5)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gastrointestinal (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Genitourinario (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoarticular (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Esfere Mental (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistema Endocrino (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
General (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cabeza y Cuello (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiopulmonar (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mamas (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abdomen (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ginecologico (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremidades (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel y Uñas (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hematopoyetico(22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ano- rectal / Proctata (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistemica Respiratoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

MOTIVOS DE EXAMEN FISICO

FECHA	EVOLUCION	MEDICO PRUEBAS URGENCIAS	ESTADO	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO	OBSERVACION
HOY	5777914	Respiratorio (5) Neurologico (1)	NORMAL NORMAL		OTRO SISTEMAS EVALUADO

### 3.6 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Al dar clic en **Impresión Diagnostica** HISTORIA CLINICA Impresion Diagnostica permite registrar el diagnóstico de la atención del paciente según la evaluación médica.

La búsqueda se puede realizar por el **Código** o la **Descripción** y dar clic en **Búsqueda**, se selecciona el **Diagnostico**, el **Tipo**, se da clic en **Opción** y luego clic en **Guardar**.  
Figura 13

El Tipo de Diagnostico es **Principal** o **Secundario** y pueden ser:

- ✓ ID: Impresión Diagnóstica.
- ✓ CN: Confirmado Nuevo.
- ✓ CR: Confirmado Repetido.

ID ( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA  
 CN ( CN ) - CONFIRMADO NUEVO  
 CR ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO

**Nota:** En los servicios hospitalarios los diagnósticos catalogados como secundarios solo pueden ser asignados como principales en consultas ambulatorias.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
		110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			
			OTRAS FIEBRES			

**BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS**

CODIGO:  DIAGNOSTICO:  BUSQUEDA

RESULTADO DE LA BUSQUEDA					
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DX PRINCIPAL/SECUNDARIO	TIPO DX	OPCION	
A778	OTRAS FIEBRES MACULOSAS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A928	OTRAS FIEBRES VIRALES ESPECIFICADAS TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A938	OTRAS FIEBRES VIRALES ESPECIFICADAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A968	OTRAS FIEBRES HEMORRAGICAS POR ARBORES	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A988	OTRAS FIEBRES HEMORRAGICAS VIRALES ESPECIFICADAS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E508</b>	<b>OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS</b>	PRINCIPAL	<input checked="" type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA  ( CN ) - CONFIRMADO NUEVO  ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO

**GUARDAR**

Figura 13 – Diagnostico de ingreso

El diagnóstico es registrado

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
		A778	OTRAS FIEBRES MACULOSAS			
		110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			

**BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS**

CODIGO:  DIAGNOSTICO:  BUSQUEDA

El Diagnostico puede ser **Eliminado** o **Modificado** antes de cerrar la Historia Clínica.

Para **Eliminar** dar clic en. **ELIMINAR**

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
		110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			

**BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS**

CODIGO:  DIAGNOSTICO:  BUSQUEDA

EL DIAGNOSTICO A778 FUE ELIMINADO SATISFACTORIAMENTE.

Para **Modificar** dar clic en **Nota** se registra la observación y dar clic en **Insertar**.

**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

CODIGO	NOMBRE
R508	OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS
<b>DESCRIPCION</b>	LA OBSERVACION

Para regresar a la pantalla anterior sin guardar cambios dar clic en **Volver**.

### 3.7 INDICE DE TRAUMA REVISADO ITR

Al dar clic en **Índice De Trauma Revisado ITR** HISTORIA CLINICA Índice de Trauma Revisado - ITR permite ingresar los datos obtenidos de la evaluación médica del Índice de Trauma Revisados, debe registrar Fecha y hora, Región, Tipo de Trauma, Sistema Nervioso Central, Sistema Cardiovascular, Sistema Respiratorio y clic en **INSERTAR**. Figura 14

**INDICE DE TRAUMA REVISADO - ITR**

REGISTRO DE INDICES DE TRAUMAS REVISADOS      29/01/2020      [dd/mm/aaaa]      15:28

REGION	TIPO DE TRAUMA	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
1 - Extremidades Piel <input type="radio"/>	1 - Herida Abierta Menor <input type="radio"/>	1 - Desorientado Confuso <input type="radio"/>
3 - Solamente Espalda <input type="radio"/>	3 - Impacto Cerrado Unico - Quemadura 2º <input type="radio"/>	3 - Responde a Estimulo Verbal <input type="radio"/>
5 - Solamente Torax <input type="radio"/>	5 - Herida Abierta mayor; Quemadura 3º, Arma Cortopunzante <input type="radio"/>	5 - Responde al Dolor <input type="radio"/>
6 - Cabeza/ Abdomen/ Multiple <input type="radio"/>	6 - Bala / Perdigon <input type="radio"/>	6 - No Responde <input type="radio"/>

SISTEMA CARDIOVASCULAR	SISTEMA RESPIRATORIO
TAS mayor que 100 - PULSO menor que 100 <input type="text"/>	Dolor Toracico / FR entre 10 y 25 <input type="text"/>

EL PACIENTE AUN NO PRESENTA INDICES DE TRAUMA

**Figura 14 – Índice del Trauma Revisado ITR**

En la parte inferior muestra el Historial de **Índices de Trauma**

### 3.8 TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Al dar clic en **Transfusiones Sanguíneas** HISTORIA CLINICA Transfusión Sanguínea permite registrar la información de las unidades de sangre trasfundidas al paciente. Se debe registrar la información de:

- ✓ Numero de sello nacional de calidad
- ✓ Numero de bolsa
- ✓ Componente sanguíneo
- ✓ Fecha de vencimiento
- ✓ Tipo sanguíneo
- ✓ Entidad origen componente
- ✓ Fecha y hora de inicio transfusión Y dar clic en **Guardar**. Figura 15

DATOS TRANSFUSIONES SANGUINEAS

DESCRIPCIÓN		NUMERO DE IDENTIFICACION UNIDADES TRANSFUNDIDAS	
NUMERO DE SELLO NACIONAL DE CALIDAD:	<input type="text"/>		
NUMERO DE BOLSA:	<input type="text"/>		
COMPONENTE SANGUINEO:	<input type="text" value="Globulos Rojos Pobres en Leucocitos"/>		
FECHA DE VENCIMIENTO:	<input type="text" value="16"/> [dd-mm-aaaa]		
TIPO SANGUINEO:	<input type="text" value="0 -"/>		
ENTIDAD ORIGEN COMPONENTE:	<input type="text"/>		
FECHA Y HORA DE INICIO TRANSFUSION:	<input type="text" value="29-01-2020"/> [dd-mm-aaaa] <input type="text" value="15"/> : <input type="text" value="52"/>		
<input type="button" value="GUARDAR"/>			

FECHA INICIO TRANSFUSION	BOLSA -ALICUOTA-	# SELLO CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPONENTE	BOLSAS TRANSFUNDIDAS		FECHA FINAL TRANSFUSION	REACCIONES ADVERSAS	USUARIO
HOY 16:38:00	1 - PRINCIPAL -	78	ene 29 de 2020	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	G.S.	RH	<input type="text" value="16"/> [dd-mm-aaaa] <input type="text" value="52"/>	<input type="button" value="INSERTAR"/>	Medico.Pruebas

Figura 15 – Transfusiones Sanguíneas.

Se activa la **Fecha Final Transfusión**, Permite colocar la fecha y hora de finalización el evento y dar clic en el disquete para **Guardar**.

FECHA FINAL TRANSFUSION

[dd-mm-aaaa]  :

Y **Reacciones Adversas**, al dar clic en **Insertar**, Permite registrar alguna **Reacción** que presente el paciente.

**EDICIÓN DE LA PLANTILLA**

---

**Regresar C.S. y R.H.**

FECHA	BOLSAS	# SELLO CALIDAD	FECHA VENCIMIENTO
ene 30 de 2020 11:11	1	1	feb 28 de 2020

---

**DATOS REACCION TRANSFUSIONAL**

FECHA INICIO REACCION: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) Hora: 04 Minutos: 00

FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) Hora: 04 Minutos: 05

FECHA NOTIFICACION MEDICO: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) Hora: 04 Minutos: 10

**DIAGNOSTICOS**

USO LIQUIDOS ENDOVENOSOS

**SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCION**

**SELECCIONE REACCION**

Positivo  Neutral  Negativo

**GUARDAR**

Volver al listado de transfusiones

Se debe registrar:

- ✓ Fecha inicio reacción y hora
- ✓ Fecha suspensión transfusión y hora
- ✓ Fecha notificación médico y hora

**DATOS REACCION TRANSFUSIONAL**

FECHA INICIO REACCION: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) 04 00

FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) 04 05

FECHA NOTIFICACION MEDICO: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) 04 10

Agregar **Diagnostico** a la **Reacción**. Al dar clic en **Buscar**, se activa la consulta por Código o Descripción, se selecciona el diagnostico.

**DIAGNOSTICOS**

CODIGO	DESCRIPCION	BUSCAR
X069	EXPOSICION A IGNICION O FUSION DE OTRAS ROPAS Y ACCESORIOS, LUGAR NO ESPECIFICADO	[B]
X080	EXPOSICION A OTROS HUMOS, FUEGOS O LLAMAS ESPECIFICADOS, VIVIENDA	[R]

**SALIR**

El Diagnostico es almacenado y permite agregar o eliminar el Diagnostico.

**DATOS REACCION TRANSFUSIONAL**

FECHA INICIO REACCION: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) 04 00

FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) 04 05

FECHA NOTIFICACION MEDICO: 30-01-2020 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm) 04 10

**DIAGNOSTICOS**

CODIGO	DESCRIPCION	BUSCAR
Y446	EFFECTOS ADVERSOS DE SANGRE NATURAL Y PRODUCTOS SANGUINEOS	[R]

Agregar el **Uso de Liquido Endovenoso** que se activa o inactiva , **Signos y Síntomas de la Reacción**, Seleccionar el **Tipo de Reacción** y dar clic en **Guardar**.

USO LIQUIDOS ENDOVENOSOS:

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCION


NOTAS:

SELECCIONE REACCION

Positivo  **Neutra**  Negativo

**GUARDAR**

Volver al listado de transfusiones

Para regresar a listado de transfusiones da clic en [Volver al listado de transfusiones](#), y la **Reacción Adversa** se puede consultar a dar clic. 

FECHA INICIO TRANSFUSION	BOLSA -ALICUOTA-	# SELLO CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPONENTE	BOLSAS TRANSFUNDIDAS	G.S. RH	FECHA FINAL TRANSFUSION	REACCIONES ADVERSAS	USUARIO
HOY 11:11:00	1 - PRINCIPAL -	1	feb 28 de 2020	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	0	-	[dd/mm/aaaa] 12 23		Medico.pruebas

INDICE DE TRAUMA REVISADO - ITR

REGISTRO DE INDICES DE TRAUMAS REVISADOS 25/01/2020 [dd/mm/aaaa] 16:28 20:00

REGION	INDICES	TIPO DE TRAUMA	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
<input checked="" type="radio"/> 1 - Extremidades Piel <input type="radio"/> 2 - Solamente Espalda <input type="radio"/> 3 - Solamente Tórax <input type="radio"/> 6 - Cabeza/ Abdomen/ Múltiple	<input checked="" type="radio"/> 1 - Herida Abierta Menor <input type="radio"/> 2 - Impacto Cerrado Único - Quemadura 2º <input type="radio"/> 3 - Herida Abierta Mayor, Quemadura 3º, Arma Cortopunzante <input type="radio"/> 5 - Bala / FerriGin	<input type="radio"/> 1 - Desorientado Confuso <input type="radio"/> 3 - Responde a Estimulo Verbal <input type="radio"/> 5 - Responde al Dolor <input type="radio"/> 6 - No Responde	
SISTEMA CARDIOVASCULAR TAS mayor que 100 - PULSO menor que 100	SISTEMA RESPIRATORIO Dolor Toraco / FR. entre 10 y 25		

**INSERTAR**

LISTADO DE INDICES DE TRAUMA

FECHA	HORA	REGION	TRAUMA	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIO	SNC	INDICE DE TRAUMA	USUARIO
2020-01-29	16:28	1	1	1	1	5	6	Medico Pruebas Urgencias

### 3.9 FINALIDAD ATENCION

Al dar clic en **Finalidad Atención** [HISTORIA CLINICA](#) [Finalidad Atención](#) permite definir el objeto de la consulta por parte del profesional. Debe seleccionar la **Finalidad** Si aplica o No y seleccionar si es de Control, Primera Vez, Control de Enfermería, Agudeza Visual o si no es de Promoción y Prevención y da clic en **Insertar**. Figura 16

FINALIDAD DE LA ATENCION

<input type="checkbox"/> Atención del parto (puerperio)			Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atención del recién nacido			
<input type="checkbox"/> Atención en planificación familiar	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>	Control Enfermería <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años		Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones del desarrollo juvenil		Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones del embarazo	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>	Control Enfermería <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones del adulto		Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones de agudeza visual			Agudeza Visual <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de enfermedad profesional			
<input type="checkbox"/> No aplica	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>	Control Enfermería <input type="checkbox"/>

Señalar si la atención no es de PROMOCION Y PREVENCION (recibo de la consulta externa).

**Insertar**

Figura 16 – Finalidad Atención.

**Nota:** Se debe registrar como mínimo una Finalidad de la Atención para que permita cerrar la Historia Clínica.

### 3.10 ORIGEN DE LA ATENCION

Al dar clic en **Origen Atención** HISTORIA CLINICA Origen de Atención Permite registrar la causa de consulta del paciente. Debe seleccionar la que aplique y dar clic en **Insertar**. Figura 17.



Figura 17 – Origen Atención.

Los datos son almacenados.



**Nota:** Se debe registrar como mínimo un Origen de la Atención para que permita cerrar la Historia Clínica.

### 3.11 SOLICITUDES PENDIENTES

Al dar clic en **Solicitudes Pendientes** HISTORIA CLINICA Solicitudes Pendientes permite visualizar las solicitudes que tenga pendientes el Paciente. Figura 18

SOLICITUDES PENDIENTES							
FECHA SOLICITUD	ID SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TIPO SOLICITUD	JUSTIFICACIÓN	OPCIÓN
2020-04-20	9305009	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	1	SOLICITUDES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.	SE COLOCA LA OBSERVACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/>

DEBE CERRAR LA HC PARA PODER HACER EL PROCESO

**Figura 18 – Solicitudes Pendientes.**

**Nota:** Debe tener en cuenta que debe cerrar la Historia Clínica para efectuar el proceso.

### 3.12 DELITO SEXUAL

Al dar clic en **Delito Sexual** HISTORIA CLINICA Delito Sexual Permite registrar la información del paciente que ha sido objeto de abuso sexual. Figura 19

Delito Sexual

---

A. INFORMACION GENERAL   B. CONSENTIMIENTO INFORMADO   C. ABORDAJE DEL CASO   1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE   2. EXAMEN MÉDICO FORENSE   3. ANTECEDENTES   4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS   5. EXAMEN MÉDICO FORENSE

**Figura 19 – Delito Sexual.**

Para iniciar el registro debe dar clic en **Información General**.

A. Se da clic en **A. INFORMACION GENERAL** , donde se registra la institución donde se realiza el examen, la Ciudad, Fecha, hora y da clic en **Guardar**.

INFORMACION GENERAL

<p><b>Institución Forense o de Salud en la que se realiza el Examen</b></p> <p>COSMITET LTDA</p>	<p><b>Ciudad del Examen</b></p> <p>CALI</p>	<p><b>Fecha / Hora del Examen</b></p> <p>2020-01-30 02:00</p>	<p><b>No. Radicación o No. Historia clínica</b></p> <p>1030522904</p>
<p><b>Nombre del examinado</b></p> <p>PACIENTE PRUEBAS</p>	<p><b>Sexo</b></p> <p>Femenino</p>	<p><b>Edad referida: años/meses/días</b></p> <p>33/10/12</p>	<p><b>Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)</b></p> <p>18/03/1986</p>
<p><b>Documento de identidad</b></p> <p>CC. 1030522904</p>	<p><b>Dirección</b></p> <p>B/TURA</p>	<p><b>Teléfono de contacto</b></p> <p>NA</p>	

Guardar
Imprimir

B. Se da clic en **Consentimiento Informado** **B. CONSENTIMIENTO INFORMADO** permite registrar brevemente la información del suceso.



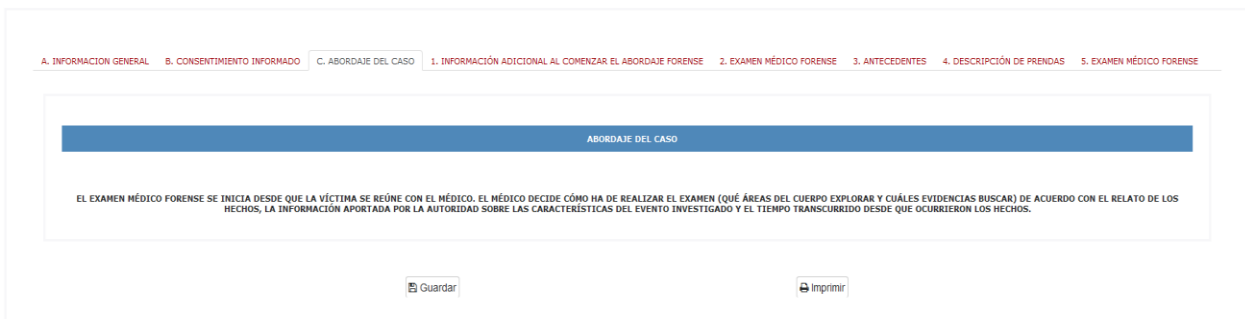
A. INFORMACION GENERAL B. CONSENTIMIENTO INFORMADO C. ABORDAJE DEL CASO 1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE 2. EXAMEN MÉDICO FORENSE 3. ANTECEDENTES 4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS 5. EXAMEN MÉDICO FORENSE

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

EXPLIQUE BREVEAMENTE EN QUE CONSISTE LA ENTREVISTA, EL EXAMEN MÉDICO-FORENSE Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL. DILIGENCIE EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO). RECUERDE REGISTRAR LA HUELLA DEL EXAMINADO.

Guardar Imprimir

C. Se da clic en **Abordaje del Caso** **C. ABORDAJE DEL CASO** da orientación al profesional sobre cómo iniciar al caso.



A. INFORMACION GENERAL B. CONSENTIMIENTO INFORMADO C. ABORDAJE DEL CASO 1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE 2. EXAMEN MÉDICO FORENSE 3. ANTECEDENTES 4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS 5. EXAMEN MÉDICO FORENSE

**ABORDAJE DEL CASO**

EL EXAMEN MÉDICO FORENSE SE INICIA DESDE QUE LA VÍCTIMA SE REÚNE CON EL MÉDICO. EL MÉDICO DECIDE CÓMO HA DE REALIZAR EL EXAMEN (QUÉ ÁREAS DEL CUERPO EXPLORAR Y CUÁLES EVIDENCIAS BUSCAR) DE ACUERDO CON EL RELATO DE LOS HECHOS, LA INFORMACIÓN APORTADA POR LA AUTORIDAD SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO INVESTIGADO Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE OCURRIERON LOS HECHOS.

Guardar Imprimir

1. Se da clic en **Información Adicional al Comenzar el Abordaje Forense**

**1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE** permite registrar los documentos aportados (documentos de la autoridad, historia clínica, entrevista con psicología o trabajo social) y clic en **Guardar**.

A. INFORMACIÓN GENERAL   B. CONSENTIMIENTO INFORMADO   C. ABORDAJE DEL CASO   1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE   2. EXAMEN MÉDICO FORENSE   3. ANTECEDENTES   4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS   5. EXAMEN MÉDICO FORENSE

INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE

Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos lo pertinente (documentos de la autoridad, historia clínica, entrevista con psicología o trabajo social):

SE REGISTRA LA DOCUMENTACIÓN

Muestra el mensaje de datos Guardados Correctamente y clic en **Aceptar**.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

2. Se da clic en Examen Médico Forense **2. EXAMEN MÉDICO FORENSE** permite registrar la información del examen.

### 2.1 Recuento del Paciente.

2.1 Recuento del Paciente:

Anote lo referido por el examinado o su acompañante.

Información suministrado por:

Nombre de la persona que hace el recuento.

Relación con el paciente.

Lugar de los hechos.

Fecha / hora de los hechos

Información   Paciente   Otro   Persona   Relación   Lugar   2020-01-29   12:00

## 2.2 Presunto Agresor.

2.2 Presunto agresor

**Sexo**

Masculino  Femenino  Desconocido

Conocido

**Número de Agresores**

1

**Relación con la víctima**

R

**Métodos empleados por el agresor**

Amenazas  Golpes físicos  Ataduras

Quemaduras  Armas  Otras

OTRAS

**Tipos de armas**

Arma de Fuego  Cortopunzante  Cortante

Punzante  Otras

OTRAS

**El agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes**

Si  No  No Sabe

**El agresor resultó lesionado en los hechos, Si resultó lesionado describe el área del cuerpo afectada**

Si  No  No Sabe

Cual:

## 2.3 Actos Descritos por el Paciente.

2.3 Actos descritos por el paciente

**Penetración del pene en:**

Cavidad Oral  Vaginal  Anal  No sabe

No aplica

**Penetración de objeto diferente al pene en:**

Vagina  Ano  No Sabe  No Aplica

**Eyacuación/en caso de SI, Sitio de eyacuación**

Si  No  No Sabe

Cual:

**Utilizo condon?**

Si  No  No Sabe  No Aplica

**Uso de Lubrificantes**

Si  No  No Sabe

**Otras maniobras**

**Utilización de alcohol o drogas**

Si  No  No Sabe

Cual:

**Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima**

Si  No

**Recibió tratamiento médico previo a este examen**

Si  No

CUAL

## 2.4 Actividades Posteriores a los Hechos. Se registra la información y da clic en Guardar.

2.4. Actividades posteriores a los hechos No aplica si pasaron más de 72 horas

**Orinó**

Si  No

**Defecó**

Si  No

**Ducha vaginal**

Si  No

**Baño, ducha, lavado corporal**

Si  No

**Vomitó**

Si  No

**Ingerió alimentos o bebidas**

Si  No

**Lavado de dientes**

Si  No

**Usó enjuague bucal**

Si  No

**Se cambió de ropa**

Si  No

**Insertó o retiró tampón/diafragma**

Si  No

**Otro**

Otros

CUAL

Guardar

Imprimir

Muestra el mensaje de datos Guardados Correctamente y clic en **Aceptar**.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

3. Se da clic en **Antecedentes** **3. ANTECEDENTES** permite registrar los antecedentes:

- ✓ Ginecológicos
- ✓ Sexuales
- ✓ Médico Quirúrgicos y Tóxicos

### 3.1 Ginecológicos.

3.1 Antecedentes ginecológicos

Menarquia MENARQUIA	Ciclos CICLOS	Fecha de la última menstruación 2020-01-27	Gravidez GRAVIDEZ
Partos... Partos...	Abortos... Abortos...	Vivos... Vivos...	Fecha del último parto fecha...
Crugía Ginecológica <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...	Planifica <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...		

### 3.2 Sexuales.

3.2 Antecedentes sexuales

Otras relaciones en las últimas 48 horas <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...	En caso afirmativo responda	Vaginal <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...	Anal <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...
Oral <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...	Hubo eyaculación <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No Cual...	Se usó condón? <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	

3.3 Médico Quirúrgicos y Tóxicos. Registra la información y clic en Guardar

3.3 Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos

Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos

ANTECEDENTES

Alergias

Si  No

Imunizaciones

NOI

Guardar Imprimir

Muestra el mensaje de datos Guardados Correctamente y clic en **Aceptar**.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

4. Se da clic en **Descripción de Prendas** [4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS](#) Se Registra la información y se da clic en **Guardar**.

DESCRIPCIÓN DE PRENDAS

Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?

Si  No

Las trae al examen

Si  No

Donde se encuentran

DONDE SE ENCUENTRAN

Se dejan para estudio

Si  No  No Aplica

Observaciones

OBSERVACION

Descripción: seguir la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato de Cadena de Custodia si se dejan para estudio.

INFORMACION

Guardar Imprimir

Muestra el mensaje de datos Guardados Correctamente y clic en **Aceptar**.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

5. Se da clic en **Examen Médico Forense** [5. EXAMEN MÉDICO FORENSE](#) se registra la información del Examen médico y clic en **GUARDAR**.

**5. Examen Medico Forense**

Peso:  Talla:  Signos Vitales: T/A:

FC:  FR:  Temp:

### 5.1 Aspecto General.

**5.1 Aspecto general**

Aspecto general

ASPECTO GENERAL

### 5.2 Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física Describa lesiones si las presentas o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos.

**Valoración de la zona subungueal:**

Presenta Lesiones:  Si  No  N/A

Se recolecta evidencia física:  Si  No

Cual?:  Frotis subungueal  Corte de uñas  Raspado subungueal


Cual:

**Cara, cabeza (cuero cabelludo, pelo), cuello:**

Presenta Lesiones:  Si  No  N/A

Se recolecta evidencia física:  Si  No

Cual:



**Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)**

**Cavidad oral: Examine la cavidad oral en busca de lesiones y material extraño (si lo indica el recuento de los hechos)**

**Presenta Lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**En menores de edad describa último diente erupcionado**  
 MENORES: \_\_\_\_\_

**Fase inicial**  
 FASE: \_\_\_\_\_

**Media**  
 MEDIA: \_\_\_\_\_

**Completa**  
 COMPLETA: \_\_\_\_\_

**Tórax:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Senos:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**En menores de edad describa Caracteres sexuales secundarios(tanner)**  
 MENORES: \_\_\_\_\_

**Abdomen:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Signos de embarazo**  
 Si  No  No aplica  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Espalda:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Región glútea:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Extremidades - Axilas:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Extremidades - Miembros Superiores:**

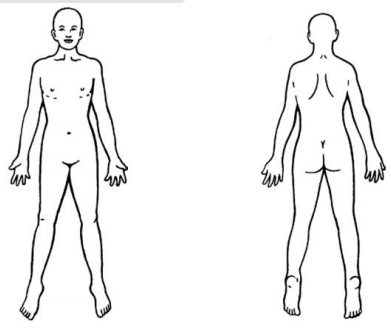
**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Extremidades - Miembros Inferiores:**

**Presenta lesiones**  
 Si  No  N/A  
 Cual: \_\_\_\_\_

**Se recolecta evidencia física**  
 Si  No  
 Cual: \_\_\_\_\_



**Examen genital:** establecer la presencia (o ausencia) de lesiones; recuperar evidencia traza a este nivel, evaluar caracteres sexuales secundarios en caso de menores de edad; valorar signos clínicos de embarazo y/o infección de transmisión sexual.

**Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner**

GENITALES

**Posición para el examen:**

Supina  Prona  Lateral  Otros

**Región Pubica:**

REGION

**Labios Mayores:**

LABIOS

Cont.

**Labios Menores:**

LABIOS

**Horquilla Vulvar:**

HORQUILLA

**Clitoris:**

CLITORIS

**Meato Urinario:**

MEATO

**Vagina:**

VAGNA

**Periné:**

PERINE

**Región Inguinal:**

REGION

**Himen(forma, integridad, elasticidad):**

**Forma del himen:**  
 Anular  Imperforado  Semilunar  
 Cribriforme  Festoneado  Coroliforme  
 Rudimentario  Tabicado  Carúnculas Mitriformes

**Estado del himen:**  
 Integro No elástico  Integro elástico  
 Desgarrado  Desgarro reciente  
 Desgarro antiguo

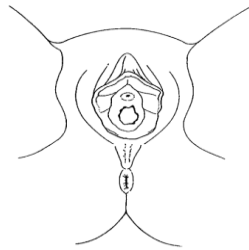
**Descripción bordes y desgarras himeniales (utilizar nomenclatura manuscrita del relato):**  
 DESCRIPCION

**Toma de muestras:**  
 Si  No

**Signos de contaminación venérea:**

Si  No

Cont.



**Genitales externos masculinos:**

**Desarrollo; Tanner:**

DESARROLLO

**Bolsa escrotal (bilateralmente):**

BOLSA

**Pene y prepucio:**

PENE

**Frenillo:**

FRENILLO

**Surco balanoprepucial:**

SURCO

**Glande:**

GLANDE

**Meato urinario:**

MEATO

**Signos de contaminación venérea:**

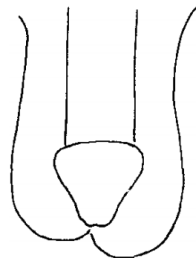
Si  No

Cont.

**Se toman muestras?**

Si  No

Cont.



**Examen anal y perianal:**

**Posición para el examen:**

Genupectoral  Supina  Lateral  Otros

Cont.

**Forma:**

Oval  Circular

**Tono:**

Normal  Hipotónico

**Descripción de fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarras, lesiones:**

DESCRIPCION

**Signos de contaminación venérea:**

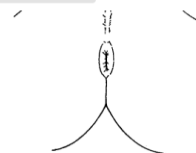
Si  No

Cont.

**Se toman muestras?**

Si  No

Cont.



### 5.3 Valoración de embriaguez por alcohol u otras sustancias

5.3. Valoración de embriaguez por alcohol u otras sustancias

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez  
 Sí  No

Olores asociados: Aliento alcohólico  
 Negativo  Discreto  Evidente  Dudoso  
 Otros

Cual:

Sensorio:

Estado de conciencia: ESTADO

Orientación: ORIENTACION

Atención: ATENCION

Memoria: MEMORIA

Afecto: AFECTO

Lenguaje: Disartria:  
 Negativa  Discreta  Evidente

Otras alteraciones:  
 Sí  No

Alteraciones del pensamiento, sensorio percepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:  
 ALTERACIONES:

Ojos:

Congestión conjuntival:  
 Si hay  No hay

Pupilas:  
 Isocóricas mióticas  Midriáticas  
 Diámetro normal  Anisocóricas

Reflejo fotomotor:  
 Normal  Alterado

Convergencia Ocular:  
 Normal  Alterada

Reflejos osteotendinosos:  
 Hiporeflexia  Hiperreflexia  Normoreflexia

Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:

Pruebas de movimiento punto a punto (dedo-nariz; dedo-dedo):  
 Normales  Alteradas

Test de movimientos rápidos alternos:  
 Normal  Alterada

Prueba de Romberg:  
 Normal  Alterada

Prueba de marcha en Tandem (punta-talón):  
 Normal  Alterada

Prueba de marcha en las puntas de los pies y en los talones:  
 Normal  Alterada

Evaluación de Nistagmus:

Nistagmus Espontáneo:  
 Presente leve  Evidente  Horizontal  
 Vertical

Prueba de nistagmus a mirada extrema:  
 Positivo  Leve  Evidente  Negativo  
 No se realiza

Prueba de nistagmus post rotacional:  
 Positivo  Leve  Evidente  Negativo  
 No se realiza

Se recolectan muestras para estudio toxicológico:

Muestra de sangre:  
 Sí  No

Muestra de orinas:  
 Sí  No

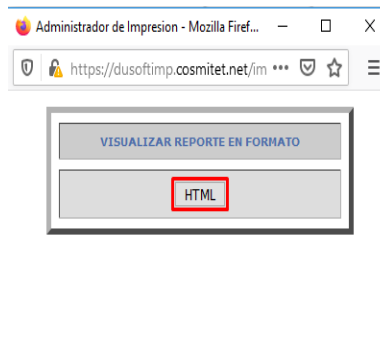
Estudios Solicitados:  
 Alcoholemia  Psicofármacos  Estupefacientes  
 Otros

Cual:

Muestra el mensaje de datos Guardados Correctamente y clic en **Aceptar**.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Para imprimir el documento da clic en  , Selecciona Formato HTML.



PROTOCOLO DEL EXAMEN FÍSICO INTEGRAL DE LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL											
INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE											
Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y extraer de los mismos la siguiente información (documento de la autoridad, historia clínica, entrevista con pariente o trabajo social):											
SE RESPONDE LA DOCUMENTACIÓN											
<b>2.1 RECUENTO DEL PACIENTE</b>											
Anota lo referido por el examinado o su acompañante:		Información suministrada por:		Nombre de la persona que hace el recuento:		Relación con el paciente:		Lugar de los hechos:		Fecha / hora de los hechos:	
Información:		Apellido:		Apellido:		Apellido:		Lugar:		2020-01-29 13:00	
<b>2.2 PRESUNTO AGRESOR</b>											
Sexo:		Número de Agresores:		Relación con la víctima:		Métodos empleados por el agresor:		Ejerció de armas:		El agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes:	
Desconocido		1		E		Otro OTRO:		Otro OTRO:		No	
<b>2.3 ACTOS DESCRETOS POR EL PACIENTE</b>											
Penetración del pene en:		Penetración de objeto diferente al pene en:		Exposición/en caso de ELERIO de penetración:		Utiliza condón?:		Uso de Lubricantes:		Utilización de alcohol o drogas:	
No aplica		No aplica		No		No aplica		No		No	
<b>2.4. ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS NO APLICA SI PASARON HRS DE 72 HORAS</b>											
Oral:		Duchó:		Ducha vaginal:		Baño, ducha, lavado corporal:		Se cambió de ropa:		Insertó o retiró tampón/diaphragma:	
No		No		No		No		No		No	
<b>3.1 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS</b>											
Menarquia:		Ciclo:		Fecha de la última menstruación:		Gravidez:		Partos:		Abortos:	
Menstruales		REGULAR		2020-01-27		NINGUNA		10		0	
<b>3.2 ANTECEDENTES SEXUALES</b>											
Otras relaciones en las últimas 48 horas:		Vaginal:		Anal:		Oral:		Rutina asintomática:		Se usó condón?:	
No		No		No		No		No		No	
<b>3.3 ANTECEDENTES MADIICOS, QUIRÚRGICOS Y TOXICOLÓGICOS</b>											
Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos:		Algunos:		Inmunización:							
		No		No							
<b>DESCRIPCIÓN DE PRENDAS</b>											
Vale las prendas que usó cuando ocurrieron los hechos?:		Las trae al examen:		Dónde se encuentran:		Se entregó para estudio:		Observaciones:		Descripción, según la indicación del instructivo para la recolección y embalaje de prendas, utilizando formato de Cadena de Custodia si se entregó para estudio.	
No		No		SONDE SE ENCUENTRAN		No aplica		OBSERVACION:		INFORMACIÓN:	
I. NOMBRE, FIRMA Y COSEJO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN											
NOMBRE: _____ FIRMA Y COSEJO: _____											

## 4. ORDENES MÉDICAS

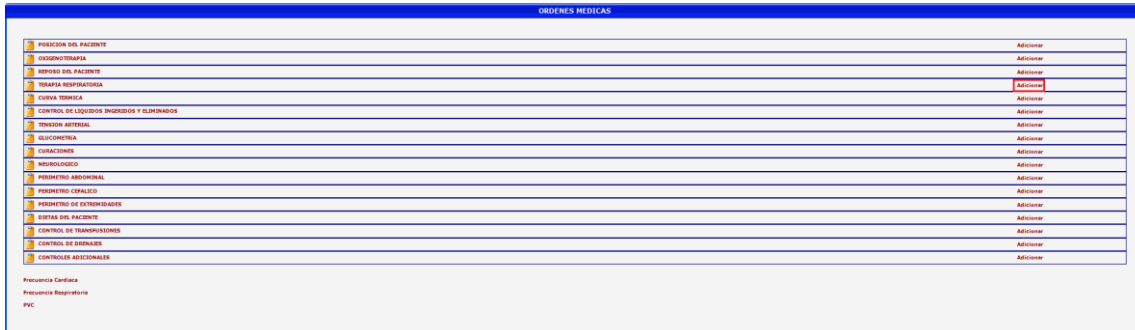
Al dar clic en **Ordenes Medicas**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 20

ORDENES MEDICAS	Controles Pacientes
	Formulación Medicamentos Hospitalarios
	Solicitud de Apoyos Diagnosticos
	Solicitud de Procedimientos Quirurgicos
	Solicitud Procedimientos NO Quirurgicos
	Solicitud de Reserva de Sangre
	Solicitud Interconsulta
	Consolidado Ordenes Medicas
	Quimioterapia

Figura 20– Menú Ordenes Medicas.

## 4.1 CONTROLES PACIENTES

Al dar clic **Control De Pacientes** ORDENES MEDICAS Controles Pacientes permite al profesional ingresar los controles que se deben hacer al paciente de acuerdo al estado en que se encuentre para registrarlos se da clic en **Adicionar**. Figura 21



ORDENES MEDICAS	
INDICACION DEL PACIENTE	Adicionar
OSGONOSTERAPIA	Adicionar
RESPIRO DEL PACIENTE	Adicionar
TERAPIA RESPIRATORIA	Adicionar
CURVA TORACICA	Adicionar
CONTROL DE LIQUIDOS INGRESADOS Y ELIMINADOS	Adicionar
TENSION ARTERIAL	Adicionar
ELCOMETRIA	Adicionar
ESRACIONES	Adicionar
NEFROLOGICO	Adicionar
PREMIUM ABDOMINAL	Adicionar
PREMIUM CERVICAL	Adicionar
PREMIUM DE COTONIDANES	Adicionar
OSTIAS DEL PACIENTE	Adicionar
CONTROL DE TRANSFUSIONES	Adicionar
CONTROL DE SIGNALES	Adicionar
CONTROLES ADICIONALES	Adicionar

Frecuencia Cardíaca  
 Frecuencia Respiratoria  
 PVC

Figura 21 – Adicionar controles del paciente

Al dar clic en **Adicionar**, Muestra la ventana del Control en este caso la Terapia, coloca las observaciones y da clic en **Guardar**. Figura 22

TERAPIA RESPIRATORIA	
Frecuencia Terapia respiratoria 1 vez por día	Observación observación
<input type="button" value="GUARDAR"/>	
<input type="button" value="Volver"/>	

**Figura 22 – Adicionar Terapia del paciente**

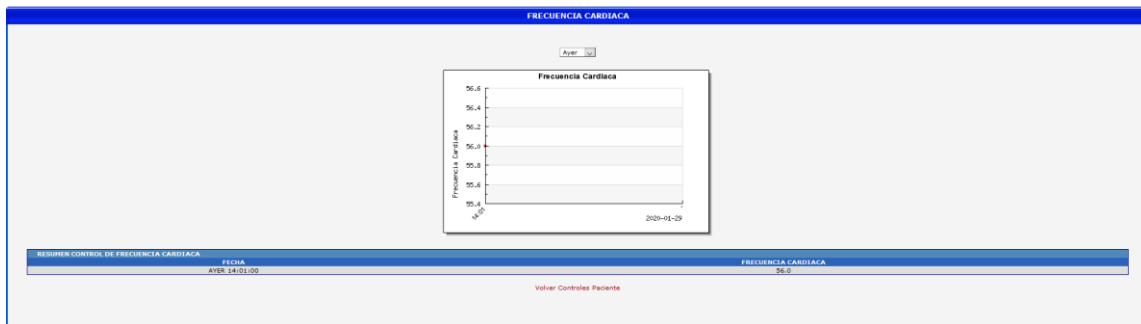
Para regresar a la ventana anterior sin guardar el control da clic en **Volver**

ORDENES MEDICAS	
POSICION DEL PACIENTE	Adicionar
OXIGENOTERAPIA	Adicionar
REPOSO DEL PACIENTE	Adicionar
TERAPIA RESPIRATORIA	<input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Editar"/>
Frecuencia	Terapia respiratoria 1 vez por día
Observación	OBSERVACION
CURVA TERMICA	Adicionar

El Control del Paciente es registrado en la evolución el paciente. Si desea **Editar** el control da clic en  se realiza la modificación y da clic en **Guardar**.

TERAPIA RESPIRATORIA	
Frecuencia Terapia respiratoria 1 vez por día	Observación <b>OBSERVACION GENERAL</b>
<input type="button" value="GUARDAR"/>	

Si desea **Eliminar** el Control da clic en  la parte inferior esta los link que permiten consultar las gráficas Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, PVC si se ha registrado previamente la información. Frecuencia Cardíaca. (Ejemplo)

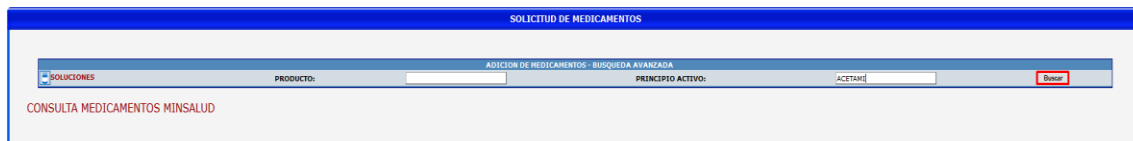


## 4.2 FORMULACIÓN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS

Al dar clic en **Formulación De Medicamentos Hospitalarios**

ORDENES MEDICAS **Formulación Medicamentos Hospitalarios**

permite realizar la solicitud de medicamentos, realizando la búsqueda por Producto o Principio Activo y da clic en **Buscar**. Figura 23



**Nota:** Se pueden formular medicamentos Pos y No Pos.


### 4.2.1 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS POS.

Se selecciona el medicamento Pos.



CODIGO	PRODUCTO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA P. ACTIVO	FORMA	CONCENTRACION	EXISTE	OP.
NO POS	FOFOA0011226 ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE   FRASCO X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	SOLUCION INYECTABLE	1G/100ML	0.00	<input type="checkbox"/>
POS	FOFOA0011224 ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	TABLETA	500MG 1	0.00	<input checked="" type="checkbox"/>
NO POS	FOFOA0011227 ACETAMINOFEN+CAFEINA 500+50MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN+CAFEINA	TABLETA	500+50MG	0.00	<input type="checkbox"/>

**Figura 23 – Buscar Medicamento**

Muestra la ventana con el Medicamento a formular, si desea eliminar da clic en , para realizar la formulación del medicamento, se registra la información de: Vía de Administración, Dosis, Frecuencia, Días de tratamiento, la observación y da clic en **Guardar**. Figura 24

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

SOLUCIONES PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

POS	PRODUCTO	FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA	OPC
	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS		ACETAMINOFEN	500MG	TABLETA	X

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL

DIAS DE ADMINISTRACIÓN: 1

DIAS TRATAMIENTO: 8

COMENTARIOS: TOMAR CON ABUNDANTE AGUA

GUARDAR

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

ADICIONAR FRECUENCIA MEDICAMENTOS

CADA: 2

Al Presentar Dolor (p)

Generar

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

SOLUCIONES PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

PLAN DE MEDICAMENTOS

ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS - FOF04011224 (ACETAMINOFEN)	FORMULA MEDICO PRUEBAS URGENCIAS	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 3.00 TABLETA DIAS TRATAMIENTO: 8 OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO: TOMAR CON ABUNDANTE AGUA		

Figura 24 – Solicitar Medicamento

## 4.2.2 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS.


Se selecciona el medicamento No Pos.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA

BÚSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: ACETAMI Buscar

CODIGO	PRODUCTO	RESULTADO DE LA BÚSQUEDA P. ACTIVO	FORMA	CONCENTRACIÓN	EXISTE	OP.
NO POS	FOFO4011225 ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE   FRASCO X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	SOLUCION INYECTABLE	1G/100ML	0.00	[X]
POS	FOFO4011224 ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	TABLETA	500MG 1	0.00	[X]
NO POS	FOFO4011227 ACETAMINOFEN+CAFEINA 500+50MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN+CAFEINA	TABLETA	500+50MG	0.00	[X]

Muestra la ventana con el Medicamento a formular, si desea eliminar da clic en  , para realizar la formulación del medicamento No Pos se realiza el mismo proceso del Pos teniendo en cuenta que al dar clic **Guardar**. Muestra El Mensaje “El Medicamento Es No Pos Debe Tener El Radicado Del Ctc”.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

SOLUCIONES PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

**EL MEDICAMENTO ES NO POS DEBE TENER EL RADICADO DEL CTC**

NO POS	PRODUCTO	FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA	OPC
	ACETAMINOFEN+CODEINA 325+30MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS		ACETAMINOFEN+CODEINA	325+30MG	TABLETA	X

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL

DIAS DE ADMINISTRACIÓN: 1

DIAS TRATAMIENTO: 30

COMENTARIOS: MEDICAMENTOS DE PRUEBAS

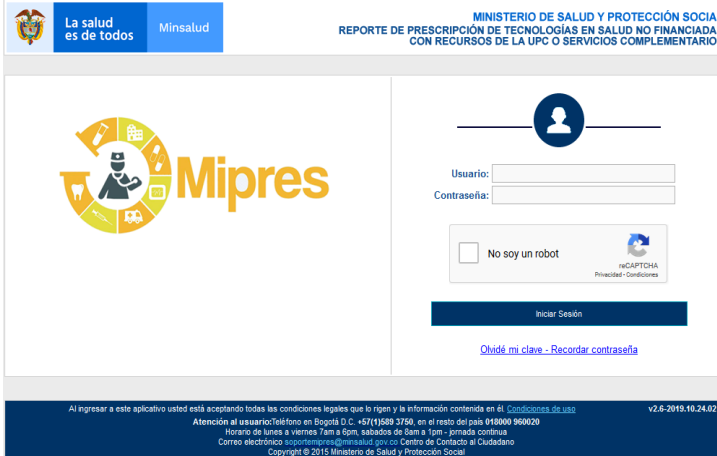
GUARDAR

RADICADO: JUSTIFICAR Nº

FORMATO CONTINGENCIA

**Nota:** Se debe tener en cuenta que para los planes especiales no se diligencia el **Mipres**.

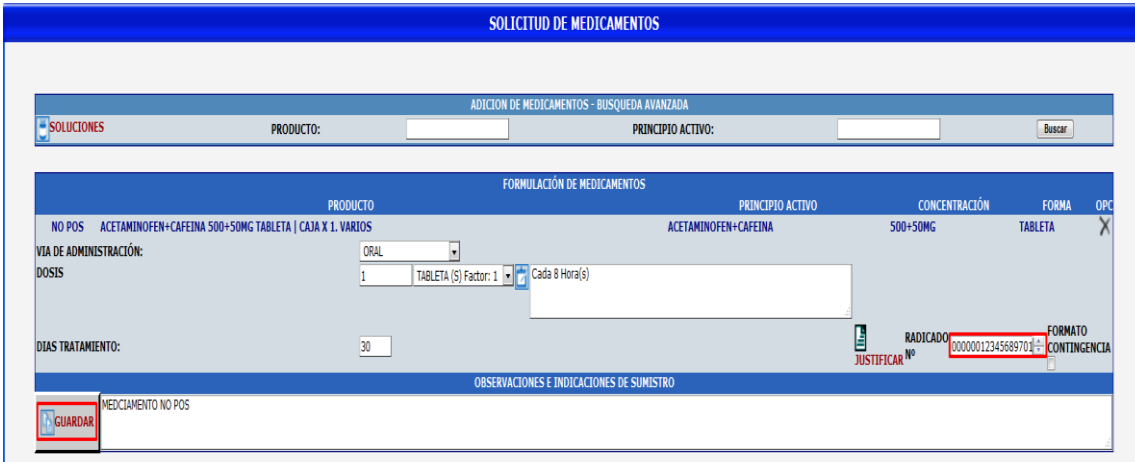
El profesional da clic en **Justificar**;  la aplicación Direcciona a la página de Ministerio de Salud y Protección Social **Mipres**, en la cual el profesional tiene un Usuario y contraseña para acceder a realizar el registro. Figura 25



**Figura 25 – Mipres.**

Finalizado el registro del Medicamento en Mipres se genera un Número de solicitud el cual debe colocar en el campo **Radicado No.** y dar clic en **Guardar**.

**Nota:** No se muestra el proceso de **Mipres** debido a que este se ejecuta en una aplicación externa al de la compañía.

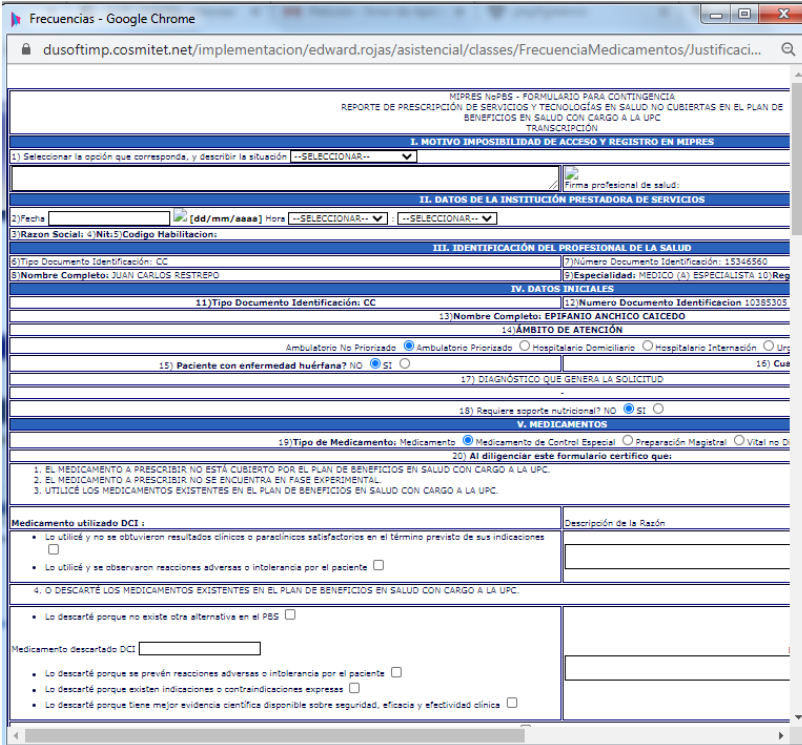


El Medicamento es almacenado.



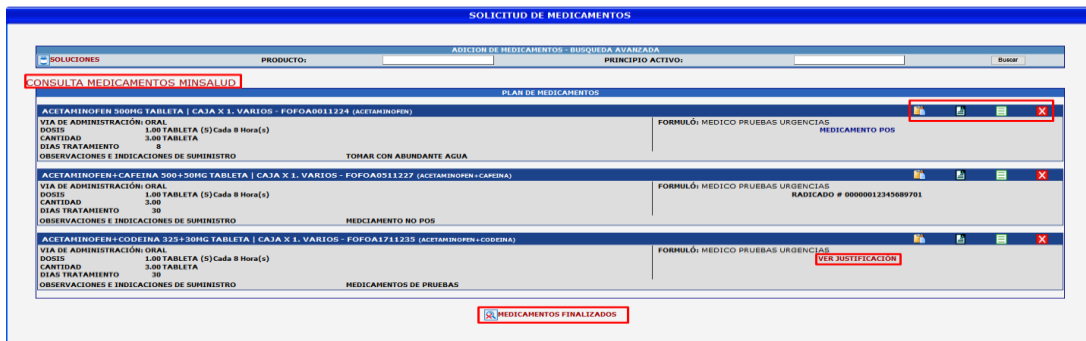
Si la página de Mi pres tiene alguna novedad el profesional debe diligenciar el Formato de contingencia **FORMATO CONTINGENCIA** y al dar **GUARDAR**, se despliega la **Ventana De Justificación De Medicamento No Pos.**

Trae el medicamento, se debe registrar la información en los campos: Efecto Deseado, Descripción el caso médico, Tipo de solicitud, Tiempo de Respuesta y dar clic en **Guardar Justificación** para terminar el registro del medicamento. Figura 26



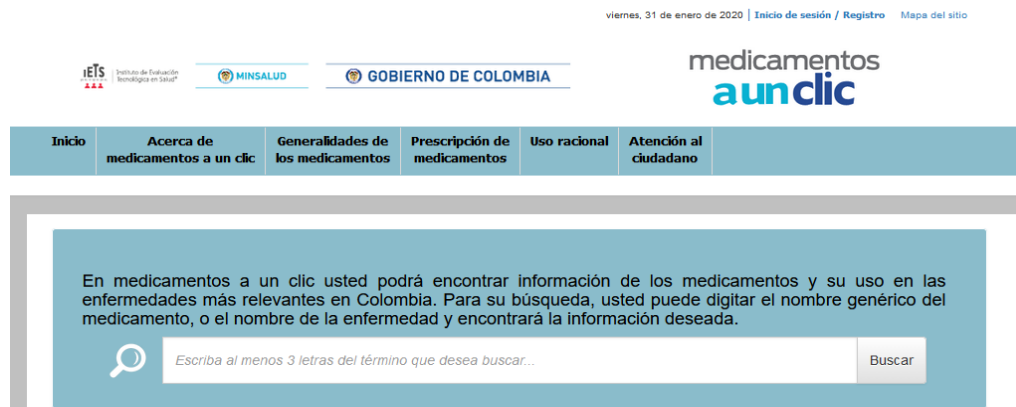
Para salir del Formato de Justificación de Medicamento sin guardar los cambios da clic en **Cerrar**.

En la ventana de Plan de Medicamentos encontramos. Figura 26




**Figura 26 – Plan de Medicamentos**

La opción de Consulta Medicamentos [CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD](http://www.medicamentosau clic.gov.co/) permite al profesional consultar los medicamentos en la página del ministerio de salud. <http://www.medicamentosau clic.gov.co/>



**Nota:** No se muestra el proceso de la aplicación **Medicamentos a un clic** debido a que esta se ejecuta en una aplicación externa a la de la compañía.

Los botones para:

Editar el Medicamento  permite realizar cambios en la información inicial del medicamento y clic en **Guardar**.


EDITOR MEDICAMENTOS - Mozilla Firefox  
 https://dusoftimp.cosmitet.net/implementacion/edward.rc (90%)

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS			
POS	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN
	ACETAMINOFEN	ACETAMINOFEN	500MG TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL  
 DOSIS :: 1.00 TABLETA (S) Factor: 1 Cada 8 Hora(s)  
 DÍAS TRATAMIENTO: 8.00


OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO  
 TOMAR CON JUGO DE NARANJA

GUARDAR

Historial  permite visualizar el histórico del medicamento profesional

HISTORIAL

ACETAMINOFEN  
 (ACETAMINOFEN)  
 MEDICO PRUEBAS URGENCIAS  
 FECHA FORMULACIÓN: 31/01/2020 08:04 AM


Suspender  permite suspender el medicamento, se debe colocar la justificación y dar clic en **Aceptar**.

ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

Aceptar

Finalizar el Medicamento , muestra un mensaje de confirmación y da clic en **Aceptar**.

ESTA SEGURO QUE DESEA FINALIZAR EL MEDICAMENTO:  
 ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS?

Aceptar Cancelar

Muestra el mensaje: “El Medicamento Acetaminofén 500mg Tableta | Caja x 1. Varios, Ha Sido Finalizado.”

Ver Justificación **VER JUSTIFICACIÓN** permite modificar la justificación del medicamento y clic en **Guardar**

JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS			
PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
ACETAMINOFEN+CODEINA	ACETAMINOFEN+CODEINA	325+30MG	TABLETA
DOSIS POR DIA	3	DIAS DE TRATAMIENTO	30
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO			
MEDICAMENTOS DE PRUEBAS			
EFECTO DESEADO			
EFFECTO DESEADO			
DIAGNOSTICO			
AGREGAR DIAGNOSTICOS			
DESCRIPCION DEL CASO CLINICO			
DESCRIPCION CASO CLINICO			
INDICACION TERAPEUTICA (Justificación)			
INDICACION			
TIPO SOLICITUD	PRIMERA VEZ <input type="radio"/>	RENOVACION <input checked="" type="radio"/>	FALLO DE TUTELA <input type="radio"/>
TIEMPO DE RESPUESTA ESPERADO	2 MESES		
<b>Guardar Justificación</b>		Cerrar	

Medicamentos Finalizados **MEDICAMENTOS FINALIZADOS** , permite visualizar los medicamentos finalizados y realizar la Re formulación.

MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES FINALIZADAS	
ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE   FRASCO X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL	
DOSIS	1.00 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD	3.00 TABLETA
DIAS TRATAMIENTO:	8.00
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	TOMAR CON ABUNDANTE AGUA
<b>REFORMULAR</b>	


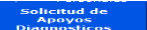
Al dar clic en Re formular muestra el mensaje para confirmar clic en **Aceptar** o sino **Cancelar**.

MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES FINALIZADAS - Mozilla Firefox

https://dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asis 90%

REFORMULAR	
ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE   FRASCO X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	ESTA SEGURO QUE DESEA REFORMULAR EL MEDICAMENTO** ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS?
<input type="button" value="Aceptar"/> <input type="button" value="Cancelar"/>	
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL	
DOSIS	1.00 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD	3.00 TABLETA
DIAS TRATAMIENTO:	8.00
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	TOMAR CON ABUNDANTE AGUA
<b>REFORMULAR</b>	

### 4.3 SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS

Al dar clic en Solicitud De Apoyos Diagnósticos   permite solicitar los apoyos diagnósticos que requieran el paciente. La búsqueda de apoyos diagnósticos se puede realizar por:

- ✓ Frecuentes
- ✓ Tipo
- ✓ Cargo
- ✓ Descripción

Además ordenar Ascendente o Descendente. Se selecciona el diagnóstico y clic en **Guardar**. Figura 27



The screenshot shows a web interface titled 'APOYO DIAGNOSTICO'. At the top, there are tabs for 'ORDENES MEDICAS' and 'Solicitud de Apoyos Diagnosticos'. Below the tabs is a search filter section with the following elements:

- FRECUENTES:** A dropdown menu set to 'Seleccionar'.
- TIPO:** A dropdown menu set to 'Todos'.
- CARGO:** An empty text input field.
- DESCRIPCION:** A text input field containing 'HEMOGRAMA'.
- ORDENAR:** Radio buttons for 'Ascendente' (selected) and 'Descendente'.
- BUQUEDA:** A button to execute the search.

Below the filters is a table titled 'RESULTADO DE LA BÚSQUEDA' with the following columns: TIPO, CARGO, DESCRIPCION, CANTIDAD, IMPRESION, SELECCIONAR, No RADICADO, and FORMATO CONTINGENCIA.

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	IMPRESION	SELECCIONAR	No RADICADO	FORMATO CONTINGENCIA
LABORATORIOS	902207	HEMOGRAMA I HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA MANUAL	1		<input type="checkbox"/>		
LABORATORIOS	902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	1		<input checked="" type="checkbox"/>		
LABORATORIOS	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA AUTOMATIZADO	1		<input type="checkbox"/>		
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1		<input type="checkbox"/>		

At the bottom right of the table is a red 'GUARDAR' button, and at the bottom center is a 'VOLVER' button.

**Figura 27 Solicitud de Apoyos Diagnósticos.**

La solicitud es almacenada se muestra el mensaje **Datos Guardados Satisfactoriamente**

**SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS**



ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: Seleccionar TIPO: Todos CARGO: DESCRIPCION:


ORDENAR:  Ascendente  Descendente

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Fecha: 2020-01-31

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	 
Observacion			
2020-01-31	Orden Profesional	MEDICO PRUEBAS URGENCIAS	
14:18:17	Diagnostico Presuntivos		
INFORMACION	0021		<input checked="" type="checkbox"/> Ambulatoria

Imprimir Solicitudes

Para **Editar** la Solicitud clic en  Permite colocar una observación, marcar como ambulatoria si se requiere, relacionar un diagnostico a la solicitud y dar clic en **Guardar**.

**APOYO DIAGNOSTICO**

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

OBSERVACION

CARGO: 902208 DESCRIPCION: HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO

OBSERVACION:

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS:  PRIMARIO TIPO DX:  NO CODIGO: 1159 DESCRIPCION: HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA ELIMINAR 

( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA ( CN ) - CONFIRMADO NUEVO ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO

SOLICITUD AMBULATORIA

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ BUSQUEDA:

Para devolverse si guardar cambios da clic en **Volver**

Si se va Eliminar la Solicitud clic en 

**SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS**

ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: Seleccionar TIPO: Todos CARGO: DESCRIPCION:

ORDENAR:  Ascendente  Descendente

SOLICITUD ELIMINADA SATISFACTORIAMENTE.

Fecha: 2020-01-31

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA AUTOMATIZADO	 
Observacion			
2020-01-31	Orden Profesional	MEDICO PRUEBAS URGENCIAS	
14:31:13	Diagnostico Presuntivos		
INFORMACION	0021		<input type="checkbox"/> Ambulatoria

Imprimir Solicitudes

Si otro profesional va realizar la solicitud de nuevo el Apoyo Diagnostico le muestra el siguiente mensaje.

**APOYO DIAGNOSTICO**

FRECUENTES  TIPO  CARGO:  DESCRIPCION:

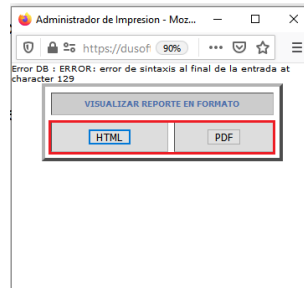
ORDENAR  Ascendente  Descendente

PARA PODER SOLICITAR EL APOYO DIAGNOSTICO, DEBE REALIZAR LA INTERPRETACION MEDICA DE LOS SOLICITADOS PREVIAMENTE

Ir a lectura de apoyos diagnosticos

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	IMPRESION	SELECCIONAR	No RADICADO	FORMATO CONTINGENCIA
LABORATORIOS	902207	HEMOGRAMA I HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA MANUAL	1		<input type="checkbox"/>		
LABORATORIOS	902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	1		<input type="checkbox"/>		
LABORATORIOS	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA AUTOMATIZADO	1		<input checked="" type="checkbox"/>		
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1		<input type="checkbox"/>		

Para Imprimir la solicitud clic en **Imprimir Solicitudes** [Imprimir Solicitudes](#) Selecciona Formato HTML. O PDF




## Formato HTML

DATOS DEL PACIENTE			
PACIENTE:		EDAD: años	
FECHA NACIMIENTO:	SEXO:	CAJA:	
DIRECCION RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA		
CLIENTE:	PLAN:		

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNOSTICOS														
TIPO: LABORATORIOS														
CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA EVOLUCION												
@902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	31/1/2020 - 10:23:40												
Observacion	COLOCAR UNA OBSERVACION													
Diagnosticos Presuntivos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRIMARIO</th> <th>TIPO DX</th> <th>CODIGO</th> <th>DIAGNOSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DX 1</td> <td>ID</td> <td>1159</td> <td>HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA</td> <td>( CN ) - CONFIRMADO NUEVO ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO</td> </tr> </tbody> </table>	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DX 1	ID	1159	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA			( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA	( CN ) - CONFIRMADO NUEVO ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO	
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO											
DX 1	ID	1159	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA											
		( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA	( CN ) - CONFIRMADO NUEVO ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO											
SOLICITUD AMBULATORIA														


 Nombres y Apellidos del Médico: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS  
Registro Médico No.: 19302299

## Formato PDF.


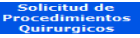
DATOS DEL PACIENTE			
PACIENTE:		EDAD: años	
FECHA NACIMIENTO:		SEXO:	CAÑA:
DIRECCION RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
CLIENTE:		PLAN:	

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNOSTICOS				
TIPO: LABORATORIOS				
CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA EVOLUCION		
@902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	21/1/2020 - 10:23:40		
Observación				
COLOCAR UNA OBSERVACION				
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO
	Dx 1	ID	1159	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA
				( ID ) - IMPRESION DIAGNOSTICA ( CR ) - CONFIRMADO NUEVO ( CR ) - CONFIRMADO REPETIDO
SOLICITUD AMBULATORIA				


 Nombres y Apellidos del Médico: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS  
 Registro Médico No.: 19302299

## 4.4 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Al dar clic en **Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos**   permite realizar la solicitud del procedimiento quirúrgico, se despliega una ventana de búsqueda donde se puede consultar por Tipo, Código o Descripción y clic en **Buscar**.

ADICION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS						
BUSQUEDA AVANZADA						
TIPO	Todos		DESCRIPCION:	HERNIO	SEARCH	
CARGO:						
RESULTADO DE LA BUSQUEDA						
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION	No RADICADO	FORMATO CONTINGENCIA	
SISTEMA DIGESTIVO	530001	HERNIOGRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA				
SISTEMA DIGESTIVO	536902	HERNIOGRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA				
SISTEMA DIGESTIVO	536903	HERNIOGRAFIA SEMILUNAR SPIEGEL ENCARCELADA VIA ABIERTA				
SISTEMA DIGESTIVO	536904	HERNIOGRAFIA SEMILUNAR SPIEGEL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA				
<a href="#">VOLVER</a>						

Para Se Seleccionar el **Procedimiento Quirúrgico** clic en **Guardar**. Permite registrar la información del procedimiento. Figura 28

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS						
TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCIONES		
SISTEMA DIGESTIVO	530001	Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	HERNIOGRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA			
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>						
PRIORIDAD DE AUTORIZACION	NORMAL	FECHA SUGERIDA		Hora	Minutos	
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGIA		SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO				
		SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS				
		SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS				
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA			PRE QX	POS QX	
	CUIDADOS BASICOS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CUIDADOS INTERMEDIOS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	HOSPITALIZACION			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MONITORIAS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	OBSERVACION			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PARTOS			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
UCI			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS						
FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR						
FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERFERENCIAS SALA DE CIRUGIA						
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSENTIMIENTO ANESTESICO						
<a href="#">GUARDAR PROCEDIMIENTO</a>						

Figura 28 - Solicitar de Procedimiento Quirúrgico.

Para agregar un nuevo Procedimiento dar clic en 

Para Editar el Procedimiento dar clic en 

Para Eliminar el Procedimiento clic en 

En esta sección permite marcar las solicitudes como Ambulatorias, colocar la Prioridad de la Autorización, Fecha sugerida, hora y el Tiempo Estimado en Horas y Minutos.

SOLICITUDES AMBULATORIAS

PRIORIDAD DE AUTORIZACION: ALTO

FECHA SUGERIDA: 31/01/2020 [dd/mm/aaaa]

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGIA: 2 Horas 30 Minutos

En la ventana también permite al profesional:

#### 4.4.1 Solicitar Apoyos Diagnósticos para el Procedimiento Quirúrgico:

Al dar clic muestra la ventana donde le permite al profesional seleccionar el tipo de apoyo, la cantidad y da clic en **Guardar**. Figura 29

APOYO DIAGNOSTICO



BUSQUEDA AVANZADA



TIPO: Todos CARGO: DESCRIPCION: BUSCAR

TIPO	CARGO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
LABORATORIO CLINICO	906494	21	HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
IMAGENOLOGIA	878905		ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	908430		ABL MUTACION DE LA REGION TIROSINA KINASA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	905701		ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	905702		ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	906401		ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	906468		ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	906469		ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903103		ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903102		ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903104		ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO ALA EN ORINA DE 24 HORAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903106		ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903105		ACIDO FOLICO FOLATOS EN SUERO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903107		ACIDO FORMICO EN ORINA	1	<input checked="" type="checkbox"/>

VOLVER

Figura 29 - Solicitar Apoyos Diagnósticos Para el Procedimiento.

El apoyo diagnóstico es registrado y para Modificar se da clic  o para Eliminar da clic en 

CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
@903107 Observacion2 Diagnosticos Presuntivos	ACIDO FORMICO EN ORINA	1	 

APOYOS PRE Y POS QX. PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX

**4.4.2 Solicitar material Osteosíntesis, Tejido y Órganos:** al dar clic muestra la ventana donde permite solicitar el tipo de material en caso de ser requerido para la realización del procedimiento, se realiza la búsqueda por **Código** o **Descripción**.  
Figura 30



**Figura 30 - Solicitar Material de Osteosíntesis, Tejidos y Órganos.**

**4.4.3 Solicitud de Equipos Quirúrgicos:** al dar clic muestra la ventana donde permite solicitar los equipos quirúrgicos que sean necesarios para el procedimiento. Se debe seleccionar el tipo de equipo, el quirófano colocar la descripción y dar clic en **Buscar**.  
Figura 31



**Figura 31 - Solicitud de Equipos Quirúrgicos.**

**4.4.4 Solicitud de Componentes Sanguíneos:** al dar clic muestra la siguiente ventana donde permite solicitar los componentes sanguíneos necesarios para realizar el procedimiento. Se debe Ingresar las cantidades y dar clic en **Guardar**.  
Figura 32




The screenshot shows a web interface for reserving blood components. At the top, it says 'RESERVA DE COMPONENTES SANGUINEOS'. Below this is a table titled 'COMPONENTES SANGUINEOS' with the following items and checkboxes:

Globulos Rojos Filtrados	<input type="checkbox"/>	Ind.
Criocepitados	<input type="checkbox"/>	Ind.
Plasma Fresco Congelado	<input type="checkbox"/>	Ind.
CPU Plaquetas x Aféresis	<input type="checkbox"/>	Ind.
Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	<input type="checkbox"/>	Ind.
Globulos Rojos Pobres en Leucocitos con Filtro	<input type="checkbox"/>	Ind.

Below the table is a 'GUARDAR' button. At the bottom, there is a search section titled 'BUSQUEDA AVANZADA' with fields for 'CODIGO:' and 'DESCRIPCION:' (containing 'plasma') and a 'BUSCAR' button. A 'VOLVER' button is located at the very bottom.

Figura 32 - Solicitud de Componentes Sanguíneos.

La información del Componente es registrado. Para eliminarlo debe dar clic en 



The screenshot shows a complex web interface for surgical procedures. At the top, it says 'PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS'. The main area contains a table with columns: TIPO, CARGO, PROCEDIMIENTOS, DESCRIPCION, and OPCIONES. The 'DESCRIPCION' column contains 'HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA'. Below this, there are various form fields including 'FECHA' (10/02/2020), 'HORA' (10:00), and 'MINUTOS'. A table at the bottom lists 'ESTANCIA' types (CUIDADOS BASICOS, CUIDADOS INTERMEDIOS, HOSPITALIZACION, MONITORIAS, OBSERVACION, PARTOS, UCI) and 'COMPONENTE' types (Globulos Rojos Filtrados). A red box highlights the 'COMPONENTES SANGUINEOS' section, which includes a table with columns: COMPONENTE, CARGO, DESCRIPCION, and CANTIDAD. A 'GUARDAR PROCEDIMIENTO' button is at the bottom.

4.4.5 Formato de Tarjeta de Presentación de Cirugía a Programar: al dar clic muestra la siguiente ventana donde se debe registrar:

- ✓ Información Básica.
- ✓ Necesidades Pre - quirúrgicas.
- ✓ Información del Procedimiento.

Se da clic en **Guardar**. Figura 33

**FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR**

<b>II. Información Básica</b>	
Acudientes	SOLOENTE
<b>II Necesidades pre-quirurgicas</b>	
Exámenes Completos	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Valoracion Pre	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Requiere Anestesiologo	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Valoraciones Adicionales	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Cual:	
Tipo de Preparación	NINGUNA
UCIA <input type="checkbox"/>	UCIP <input type="checkbox"/>
HOSPI PRE O POST <input type="checkbox"/>	Sangre <input type="checkbox"/>
Injertos Oseos <input type="checkbox"/>	N/A <input checked="" type="checkbox"/>
Requerimientos Especiales:	OTROS <input type="checkbox"/>
OTROS	OTROS RECCENTIMIENTOS
Tiempo Quirurgico	02 01 30
<b>IV. Información Del Procedimiento</b>	
Diagnostico	AGREGAR DIAGNOSTICOS
Procedimiento Quirurgico	R508 - OTRAS FIERRES ESPECIFICADAS
Guardar	
Cargo	530001
Descripción	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA
	VOLVER

**Figura 33 - Formato de Tarjeta de Presentación.**

El botón **Guardar** Cambia  y si se requiere regresar se da clic en **Volver**.

**4.4.6 Formato Declaración de Conocimiento y Aceptación de Intervenciones Sala de Cirugía.** Al dar clic muestra la siguiente ventana donde debe registrar la información de los Campos 3, 4, 5, Condiciones y Posibles Donantes y da clic en **Guardar**. Figura 34.

**DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA**

\* 3. Se me ha explicado y entendido la naturaleza y propósitos del procedimiento que se me realizará, que consistirá en:  
 Esta es una prueba para elaboración de Manuales

\* 4. De manera clara se me ha explicado y he entendido sobre los riesgos inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediano o tardío, que consisten en:  
 Esta es una prueba para elaboración de Manuales

\* 5. De manera clara se me ha explicado y he entendido sobre los beneficios inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediano o tardío, que consisten en:  
 Esta es una prueba para elaboración de Manuales

**\* CONDICIONES:**  
 Esta es una prueba para elaboración de Manuales

**\* POSIBLES DONANTES (NIH)**  **Es:**

EN CASO DE QUE EL INTERESADO NO TENGA EDAD O CAPACIDAD CON ENCARGADURÍA DE DECISION, DELGANCIE LA SIGUIENTE INFORMACION

NOMBRE COMPLETO	Tipo de Documento: [-- TIPO DOCUMENTO --]		No. de Documento:
IDENTIFICACION	PADRE	ESPOSA(A)	HIJO(A)
PARENTEZCO	OTRO	CUAL	VOLVER

**Figura 34 - Formato declaración de Conocimiento y Aceptación de Intervenciones Sala de Cirugía**

El botón **Guardar** Cambia  y si requiere regresar se da clic en **Volver**.

**4.4.7 Consentimiento Informado Para Consentimiento Anestésico.** Al dar clic muestra la siguiente ventana donde se registra la información del acompañante y el tipo de Anestesia si el paciente es menor de edad o tiene alguna incapacidad de decisión y se da Clic en **Guardar**. Figura 35.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO**

EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR EDAD O PERSONA CON INCAPACIDAD DE DECISION, DILIGENTE LA SIGUIENTE INFORMACION

NOMBRE COMPLETO		[Campo de Texto]	
IDENTIFICACION	Tipo de Documento	[CC]	No. de Documento
		[11111111]	Expedida en
		[Campo de Texto]	[Campo de Texto]
PARENTESCO	<input type="radio"/> PADRE <input type="radio"/> HERMANO(A) <input type="radio"/> ESPOSO(A) <input type="radio"/> HIJO(A) <input type="radio"/> OTRO		
	CUAL	[Campo de Texto]	
BAJO ANESTESIA	<input type="radio"/> GENERAL <input type="radio"/> INHALATORIA <input type="radio"/> PERIDURAL <input type="radio"/> SEDACION <input type="radio"/> RAQUIDEA	<input type="radio"/> GENERAL ENDOVENOSA <input type="radio"/> GENERAL COMBINADA <input type="radio"/> BLOQUEOS PERIFERICOS	
<input type="button" value="GUARDAR"/> <input type="button" value="VOLVER"/>			

**Figura 35 - Consentimiento Informado Para Consentimiento Anestésico.**

El botón **Guardar** Cambia  y para regresar se da clic en **Volver**.

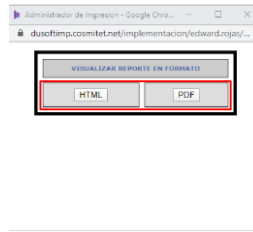
Al terminar de registrar la información del procedimiento quirúrgico se activan los botones para:

- ✓ Guardar el Procedimiento.  Al dar clic se guarda el procedimiento.

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	530001	Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	<input type="button" value="Opcion"/>
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>				
PRIORIDAD DE AUTORIZACION	NORMAL	FECHA SUGERIDA	12/03/2020	[dd/mm/aaaa]
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGIA	2	Horas	30	Minutos
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	@907106	UROANALISIS		CANTIDAD 1
SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS				
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA			PRE QX POS QX
	CUIDADOS BASICOS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	CUIDADOS INTERMEDIOS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACION			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	MONITORIAS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	OBSERVACION			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	PARTOS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	UCI			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
COMPONENTES SANGUINEOS	COMPONENTE			CANTIDAD
	Globulos Rojos Filtrados			1
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS, FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSENTIMIENTO ANESTESICO				
<input type="button" value="MODIFICAR_PROCEDIMIENTO"/> <input type="button" value="IMPRIMIR_FORMATO_TARJETA"/> <input type="button" value="IMPRIMIR_FORMATO_DECLARACION"/> <input type="button" value="IMPRIMIR_CONSENTIMIENTO_ANESTESICO"/>				

El botón **Guardar** Cambia **Modificar Procedimiento**.

- ✓ Imprimir Formato de Tarjeta.  Al dar clic se genera la impresión en HTML. o PDF.



Se imprime el documento

**TARJETA DE PRESENTACIÓN DE CIRUGÍAS A PROGRAMAR**

**I. Identificación del paciente**

Nombre del paciente	PACIENTE DE PRUEBAS				
Identificación	CC	1039522904	EDAD: 33 AÑOS	FECHA SOLICITUD: 12-09-2020	TALLA: PESO:
Programa / Empresa	URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019/C	Municipio	CALI		

**II. Información Básica**

Tipo de Usuario	Ubicación: URGENCIAS	Telefonos: 322568974	Acidentes	ACUDIENTE
Actualmente Activo	Copagos			

**III. Necesidades pre-quirúrgicas**

Exámenes Completos	NO	Valoraciones Adicionales	NO
Valoración pre	NO	NINGUNA	
Requiere Anestesiólogo	NO	Tipo Preparación	

UCIA : NO UCIP : NO HOSPI PRE O POST : NO SANGRE : NO BIERTOS OSEOS : NO NA : SI

Requerimientos Especiales: OTROS REQUERIMIENTOS  
Tiempo quirúrgico: 1:30

**IV. Información del Procedimiento**

Diagnostico	Cargo	Descripción
	R508	OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS
Procedimientos Quirúrgicos	Cargo	Descripción
	S3001	HERNIOGRAFIA INSIGNAL UNILATERAL VIA ABIERTA

MEDICO DE PRUEBAS  
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO COORDINADOR DE PROGRAMA

✓ Imprimir Formato de Declaración.

**IMPRIMIR FORMATO DECLARACION**

Al dar clic se genera la impresión en HTML o PDF.

**FORMIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS QUIRURGICOS**

FORMA: 2020-01-01 PLANO: 010000014

**A. DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido del Paciente	No. Identificación
Nombre y Apellido del Médico	No. Identificación
Nombre y Apellido del Testigo	No. Identificación

**B. DECLARACION DEL PACIENTE**

1. Entiendo la naturaleza de mi enfermedad.  
2. Soy consciente de que esta operación puede tener consecuencias graves si no se realiza.  
3. Soy consciente de que esta operación puede tener consecuencias graves si no se realiza.

**C. DECLARACION DEL FIRMANTE**

1. Soy consciente de que esta operación puede tener consecuencias graves si no se realiza.  
2. Soy consciente de que esta operación puede tener consecuencias graves si no se realiza.

**D. DECLARACION DE PERSONAS CON INCAPACIDAD DE DECISION O MENOR DE EDAD**

1. Soy consciente de que esta operación puede tener consecuencias graves si no se realiza.  
2. Soy consciente de que esta operación puede tener consecuencias graves si no se realiza.

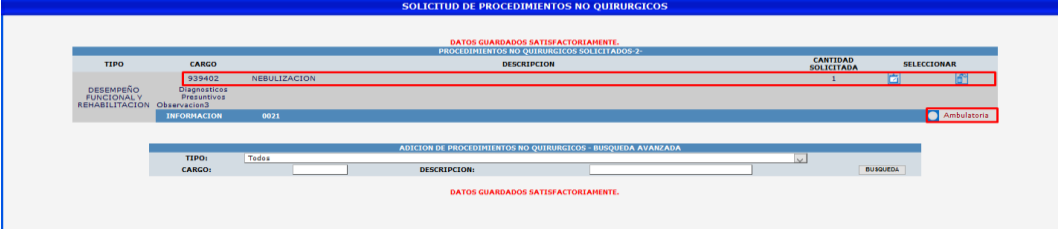
**E. FIRMAS**


Nombre y Apellido del Paciente	Identificación No.
Nombre y Apellido del Médico	Identificación No.
Nombre y Apellido del Testigo	Identificación No.
Nombre y Apellido del Padre o Madre	Identificación No.
Nombre y Apellido del Tutor o Pariente	Identificación No.

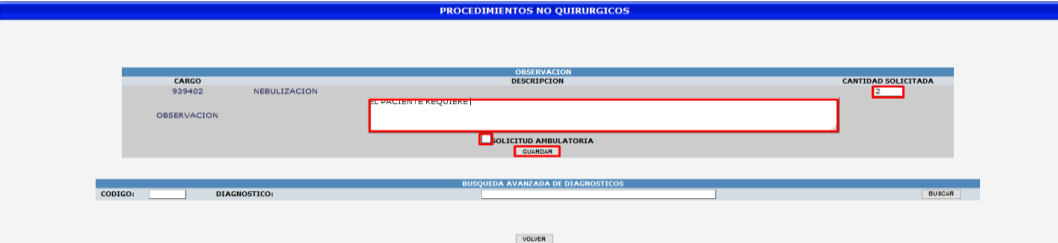
**CONFIRMO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO, Y QUE EN VIRTUD DE ELLO PROCEO A FIRMA**



El procedimiento es almacenado.


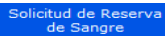


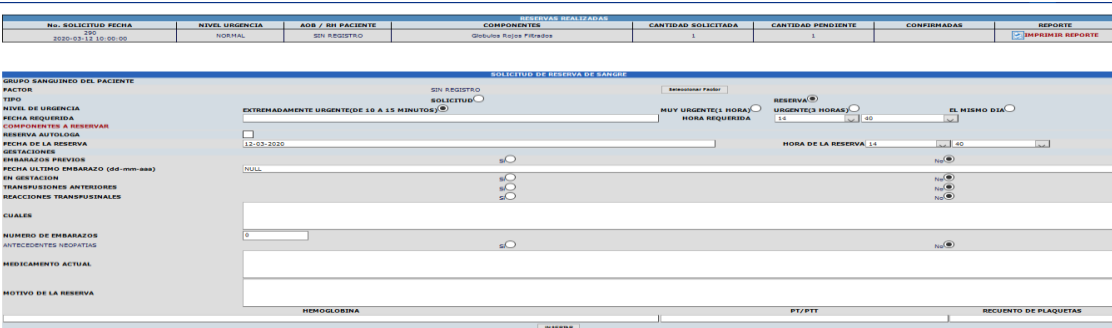
Para modificarla dar clic en  y muestra la ventana donde permite cambiar la cantidad, colocar una observación, marcar como Ambulatoria y da clic en **Guardar**.



Para **Eliminar** da clic en  y Para devolverse da clic en **VOLVER**

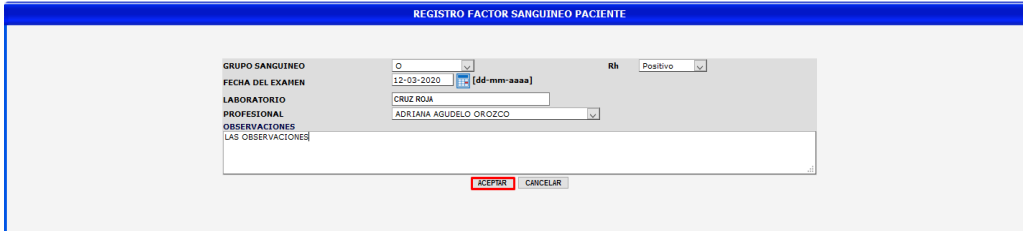
## 4.6 SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

Al dar clic en **Solicitud de Reserva de Sangre**.   Permite realizar la reserva de sangre cuando se requiera por algún tipo de procedimiento. **Figura 37**



**Figura 37 - Solicitud de Reserva de Sangre.**

Se debe Seleccionar el Factor Seleccionar Factor . Al dar clic se despliega la ventana de registro de **Factor sanguíneo** donde se registra la información y da clic en **Aceptar**.

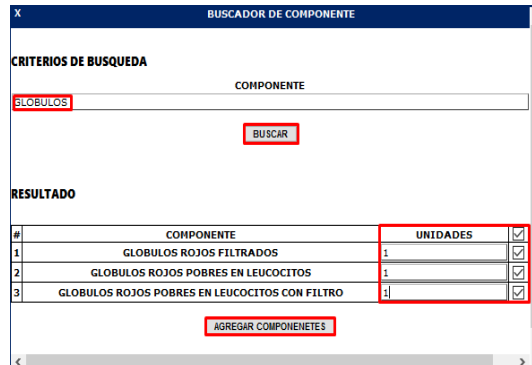


O clic en Cancelar CANCELAR para no guardar el registro **Factor Sanguíneo**.




Se registra la información de Tipo, nivel de urgencia y fecha requerida.



Para registrar el Componente a Reservar se da clic en COMPONENTES A RESERVAR y se despliega la ventana emergente para buscar el Componente, cargar las unidades y da clic en **Agregar Componentes**.



Los componentes son almacenados en el registro Reserva de Sangre.

COMPONENTES A RESERVAR		
COMPONENTE	UNIDADES	ELIMINAR
GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS	1	
GLOBULOS ROJOS FILTRADOS	1	
GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS CON FILTRO	1	

Para Eliminar da Clic 

Se continúa con el registro de la información y se da clic en **Insertar**.

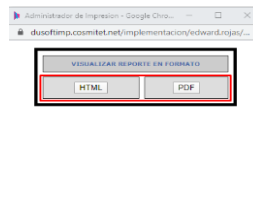
RESERVA AUTOLOGA	<input checked="" type="checkbox"/>		
FECHA DE LA RESERVA	12-03-2020	HORA DE LA RESERVA	14:57
GESTACIONES			
EMBARAZOS PREVIOS	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>
FECHA ULTIMO EMBARAZO (dd-mm-aaa)	NULL		
EN GESTACION	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>
TRANSFUSIONES ANTERIORES	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>
REACCIONES TRANSFUSIONALES	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>
CUALES	RESERVA DE SANGRE		
NUMERO DE EMBARAZOS	0		
ANTECEDENTES NEOPATIAS	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>
MEDICAMENTO ACTUAL	RESERVA DE SANGRE		
MOTIVO DE LA RESERVA	RESERVA DE SANGRE		
	HEMOGLOBINA	PT / PTT	RECUESTO DE PLAQUETAS
	1	1	1

**INSERTAR**

La Reserva de sangre es registrada y para visualizar el reporte debe da clic en **Imprimir Reporte**.

RESERVAS REALIZADAS								
No. SOLICITUD	FECHA	NIVEL URGENCIA	AOB / RH PACIENTE	COMPONENTES	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD PENDIENTE	CONFIRMADAS	REPORTE
290	2020-03-12 10:00:00	NORMAL	O POSITIVO	Globulos Rojos Filtrados	1	1		<a href="#">IMPRIMIR REPORTE</a>
291	2020-03-12 14:57:00	NORMAL	O POSITIVO	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	1	1		<a href="#">IMPRIMIR REPORTE</a>
				Globulos Rojos Filtrados	1	1		
				Globulos Rojos Pobres en Leucocitos con Filtro	1	1		

Al dar clic se genera la impresión en HTML o PDF.



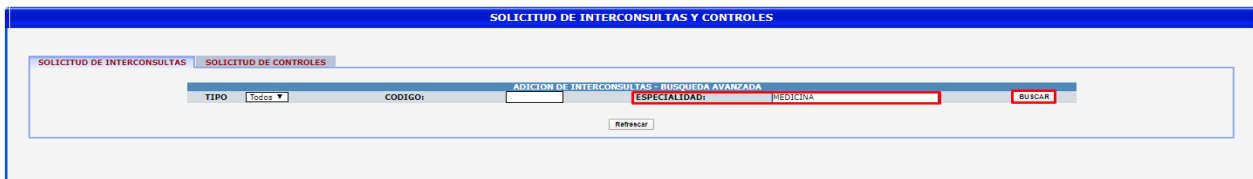
**REPORTE DE RESERVA DE SANGRE**

DATOS PACIENTE						
PACIENTE	PACIENTE DE PRUEBAS		IDENTIFICACION	CC 1030522904		
GRUPO SANGUINEO	O	RH	+	PROFESIONAL	CC 29110165 ADRIANA AGUDELO OROZCO	
FECHA DE NACIMIENTO	1986-03-18	EDAD	33 Años	SEXO	Femenino	
PLAN	URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019	TIPO AFILIADO	Cotizante	RANGO	C	
DIAGNOSTICO	-					
DATOS RESERVA						
DEPARTAMENTO	URGENCIAS - REY DAVID		TIPO	RESERVA		
ESTACION	EXTREMADAMENTE URGENTE		CAUSA			
NIVEL DE URGENCIA	EXTREMADAMENTE URGENTE					
FECHA REQUERIDA	mar 12 de 2020 04:50					
EMBARAZOS PREVIOS: NO	FEC ULTIMO EMBARAZO:		EN GESTACION: NO			
MOTIVO RESERVA	RESERVA DE SANGRE					
TRANSFUSIONES ANTERIORES	NO					
REACCIONES TRANSFUSIONALES	NO					
CUALES	RESERVA DE SANGRE					
NUMERO DE EMBARAZOS	0					
ANTECEDENTES NEOPATIAS	NO					
MEDICAMENTO ACTUAL	RESERVA DE SANGRE					
DATOS DE LABORATORIO						
HEMOGLOBINA	PT / PTT		RECUESTO DE PLAQUETAS			
1	1		1			
RESERVAS REALIZADAS						
No. SOLICITUD	FECHA	AOB / RH PACIENTE	COMPONENTES	CANTIDAD SOLICITADA		
291 - mar 12 de 2020 14:57		O / POSITIVO	Globulos Rojos Filtrados	1		
291 - mar 12 de 2020 14:57		O / POSITIVO	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	1		
291 - mar 12 de 2020 14:57		O / POSITIVO	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos con Filtro	1		

## 4.7 SOLICITUD DE INTERCONSULTA

En este submodulo se realiza la **Solicitud de la Interconsulta** y la **Solicitud de Controles**.

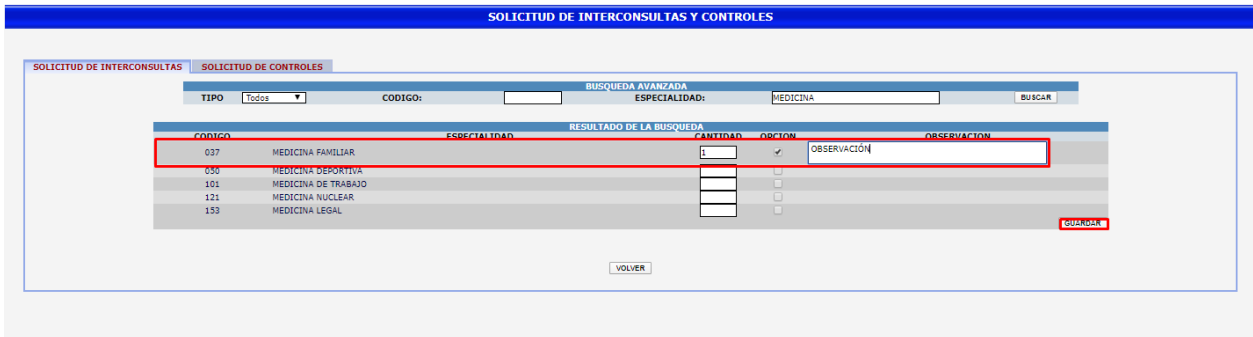
Al dar clic en **Solicitud de Interconsulta** ORDENES MEDICAS Solicitud Interconsulta permite solicitar al profesional consulta con otras sub especialidades por medio de una opción de búsqueda por Código o Descripción y dar clic en **Buscar**. Figura 38



The screenshot shows the 'SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES' interface. It features two tabs: 'SOLICITUD DE INTERCONSULTAS' and 'SOLICITUD DE CONTROLES'. Below the tabs is a search form titled 'ADICION DE INTERCONSULTAS - BUSQUEDA AVANZADA'. The form includes a 'TIPO' dropdown menu set to 'Todos', a 'CODIGO:' input field, an 'ESPECIALIDAD:' dropdown menu set to 'MEDICINA', and a 'BUSCAR' button. A 'Refrescar' button is located below the search fields.

**Figura 38 - Solicitud de Interconsulta.**

Se listan las especialidades que cumpla con el filtro, se selecciona la especialidad, la cantidad, la observación si es necesaria y da clic en **Guardar**.



The screenshot shows the search results table in the 'SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES' interface. The table has columns for 'CODIGO', 'ESPECIALIDAD', 'RESULTADO DE LA BUSQUEDA', 'CANTIDAD', 'OPCION', and 'OBSERVACION'. The first row is highlighted with a red border and contains the following data: CODIGO: 037, ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR, RESULTADO DE LA BUSQUEDA: (empty), CANTIDAD: 1, OPCION: , OBSERVACION: (empty). Other rows include MEDICINA DEPORTIVA, MEDICINA DE TRABAJO, MEDICINA NUCLEAR, and MEDICINA LEGAL. A 'GUARDAR' button is located at the bottom right of the table, and a 'VOLVER' button is at the bottom center.

CODIGO	ESPECIALIDAD	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	CANTIDAD	OPCION	OBSERVACION
037	MEDICINA FAMILIAR		1	<input checked="" type="checkbox"/>	
050	MEDICINA DEPORTIVA			<input type="checkbox"/>	
101	MEDICINA DE TRABAJO			<input type="checkbox"/>	
121	MEDICINA NUCLEAR			<input type="checkbox"/>	
153	MEDICINA LEGAL			<input type="checkbox"/>	

La Interconsulta es almacenada.

**SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES**


SOLICITUD DE INTERCONSULTAS    SOLICITUD DE CONTROLES

CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD SOLICITADA	OPCION	ESTADO
@890463	037	MEDICINA FAMILIAR	1		N/A
Observación		OBSERVACIÓN			
Motivo de solicitud Profesional		MEDICO PRUEBAS - MEDICO GENERAL UCI			
Diagnosticos Presuntivos					
INFORMACION		0021	Fecha: 13/3/2020 - 13:32:48		

Ambulatoria

ADICION DE INTERCONSULTAS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos ▼    CODIGO:     ESPECIALIDAD:     BUSCAR

Para modificarla da clic en  y se muestra la ventana donde permite cambiar la cantidad, colocar la observación, marcar como Ambulatoria y da clic en **Guardar**.

**SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES**

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS    SOLICITUD DE CONTROLES

CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD SOLICITADA
037	MEDICINA FAMILIAR	2
OBSERVACION		
OBSERVACION DOS		
SOLICITUD AMBULATORIA		
GUARDAR		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO:     DIAGNOSTICO:     BUSCAR

Para **Eliminar** da clic en  y Para devolverse da clic en

Al dar clic en **Solicitud de Controles**. Permite seleccionar el tiempo para el control, colocar una observación y da clic en **Aceptar**. Figura 39

**SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES**

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS    SOLICITUD DE CONTROLES

DATOS DE LA ESPECIALIDAD	
CODIGO ESPECIALIDAD	CARGO
022	MEDICO GENERAL
@890202 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	

TIEMPO PARA CONTROL

30     60     90     6 Meses     1 año     Otro    Digite el tiempo en dias

OBSERVACION    ESTA ES LA OBSERVACION   

**Figura 39 - Solicitud de Controles.**

El control es Remitido.

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS SOLICITUD DE CONTROLES

**DATOS DE LA ESPECIALIDAD**


CODIGO ESPECIALIDAD: 022  
CARGO: MEDICO GENERAL  
@890202 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

**TIEMPO PARA CONTROL**

30  60  90  6 Meses  1 año  Otro

Observacion:

CONTROLES REMITIDOS					
CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD SOLICITADA	OPCION	ESTADO
	022	MEDICO GENERAL	1	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
	Observacion	ESTA ES LA OBSERVACIÓN			
@890202	Motivo de solicitud	OSCAR JAVIER OLIVEROS SANCHEZ	Fecha:	17/3/2020 - 15:42:35	
	Profesional				
	Diagnosticos				
	Presuntivos				
<b>INFORMACION 0021</b>					

Para modificarla da clic en  Se realiza la modificación en la observación y clic **Guardar**.

**OBSERVACION**

CODIGO DE ESPECIALIDAD: 022  
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL  
CANTIDAD SOLICITADA: 1

Observacion:

CONTROLES REMITIDOS					
CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD SOLICITADA	OPCION	ESTADO
	022	MEDICO GENERAL	1	<input checked="" type="checkbox"/>	N/A
	Observacion	ESTA ES LA OBSERVACIÓN DE PRUEBA			
@890202	Motivo de solicitud	OSCAR JAVIER OLIVEROS SANCHEZ	Fecha:	17/3/2020 - 15:42:35	
	Profesional				
	Diagnosticos				
	Presuntivos				
<b>INFORMACION 0021</b>					

Para **Eliminar** da clic en  y Para devolverse da clic en

## 4.8 CONSOLIDADO DE ÓRDENES MEDICAS – PLAN TERAPEUTICO.

Al dar clic en **Consolidado de Ordenes Medicas.**

ORDENES MEDICAS

Consolidado Ordenes Medicas

Permite registrar las recomendaciones y la información que el profesional considere necesaria de acuerdo al estado del paciente. Se registra la información y da clic en **Insertar**. Figura 40

**PLAN TERAPEUTICO**

PLAN TERAPEUTICO

PLAN DEL PACIENTE EN CONSULTA

Figura 40 - Consolidado de Órdenes Médicas - Plan Terapéutico.

## 4.9 QUIMIOTERAPIA.

Al dar clic en **Quimioterapia.** **ORDENES MEDICAS** **Quimioterapia** Permite Registrar o Activar el Paciente con Cáncer. Figura 41

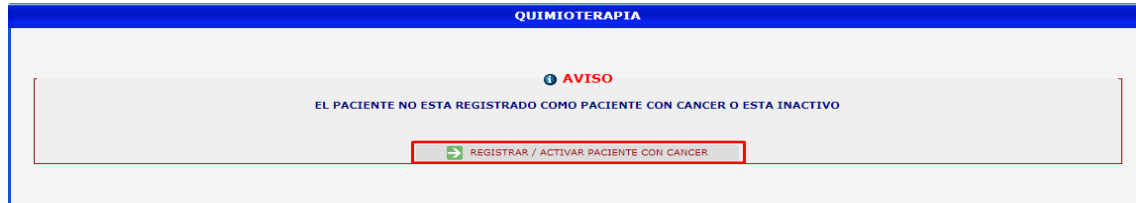


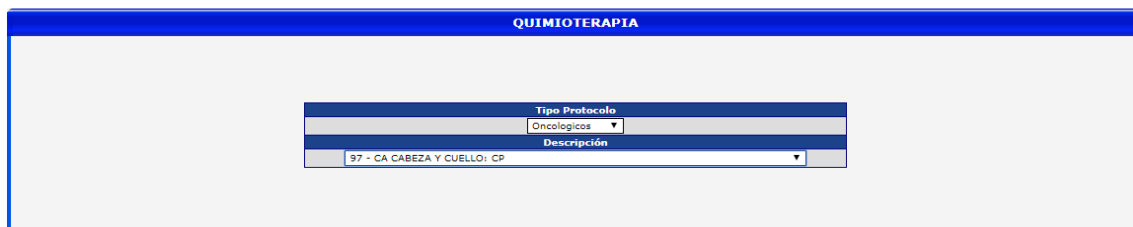
Figura 41 - Quimioterapia.

Al dar clic en **REGISTRAR / ACTIVAR PACIENTE CON CANCER** activa al paciente con Cáncer.



TIPO DOCUMENTO	NUMERO	PACIENTE	ACTIVO
CC	29833028	PACIENTE UCI PRUEBAS	<input checked="" type="checkbox"/>

Para regresar a la ventana anterior clic en **Cerrar**. Donde se debe registrar el Tipo de **Protocolo** y **Descripción**.



Se despliega la ventana donde se debe registrar la información de la valoración previa del paciente con Cáncer.

**QUIMIOTERAPIA**

TIPO : 97 - GA CABEZA Y CUELLO, CP															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHT A UTIL	VOL F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO070001 - FOSAPREPTANT AMESLUMINA	1	150.00	Hígamos	150.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	1	1	✓
POPO000845 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	80.00	Hígamos	80.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	1	1	✓
POPO000842 - ONDANSETRON	2	16.00	Hígamos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	2	2	✓
POPO0005603 - DEKAMETASONA	2	16.00	Hígamos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	2	2	✓
POPOL061760 - LORAZOLAM	1	10.00	Hígamos	10.00	---	---	TS	ORAL	N/A	N/A	N/A	1	1	1	✓

TIPO : 97 - GA CABEZA Y CUELLO, CP															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHT A UTIL	VOL F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO000847 - FACITAXEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	25%	43.75	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	0.5	0.5	✓
POPO010576 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	82.5%	---	PIV	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	2	2	✓

Se confirma el registro de la quimioterapia con clic en **Aceptar**.

dusoftware.cosmitet.net dice  
 Ya ingresó los datos de quimioterapia en esta evolución.

**QUIMIOTERAPIA**

**YA INGRESÓ LOS DATOS DE QUIMIOTERAPIA EN ESTA EVOLUCIÓN.**

TIPO : 97 - GA CABEZA Y CUELLO, CP															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHT A UTIL	VOL F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO070001 - FOSAPREPTANT AMESLUMINA	1	150.00	Hígamos	150.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	1	1	✓
POPO000845 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	80.00	Hígamos	80.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	1	1	✓
POPO000842 - ONDANSETRON	2	16.00	Hígamos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	2	2	✓
POPO0005603 - DEKAMETASONA	2	16.00	Hígamos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	2	2	✓
POPOL061760 - LORAZOLAM	1	10.00	Hígamos	10.00	---	---	TS	ORAL	N/A	N/A	N/A	1	1	1	✓

TIPO : 97 - GA CABEZA Y CUELLO, CP															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHT A UTIL	VOL F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO000847 - FACITAXEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	25%	43.75	SI	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	0.5	0.5	✓
POPO010576 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	82.5%	---	PIV	INTRAVENOSA	1	100	1.000	1	2	2	✓

Para regresar a la ventana anterior clic en **Volver**.

## 5. EVOLUCION

Al dar clic en **Evolución**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 42

<b>EVOLUCION</b>	Evolucion
	Lectura de Apoyos Diagnósticos
	Cumplimiento Procedimientos Realizados
	Registro MarcaPasos
	NOTAS DE ENFERMERIA
	Informacion Cancer
	Asistencia Ventilatoria UCI
	Junta Medica

Figura 42 - Menú Evolución.

## 5.1 EVOLUCION

Al dar clic en **Evolución** **EVOLUCION** **Evolucion** permite registrar las evoluciones al paciente. Se registra la información de Diagnóstico, servicio, Hallazgos, Análisis, plan e interpretación del Diagnóstico y da clic en **Insertar**. Figura 43

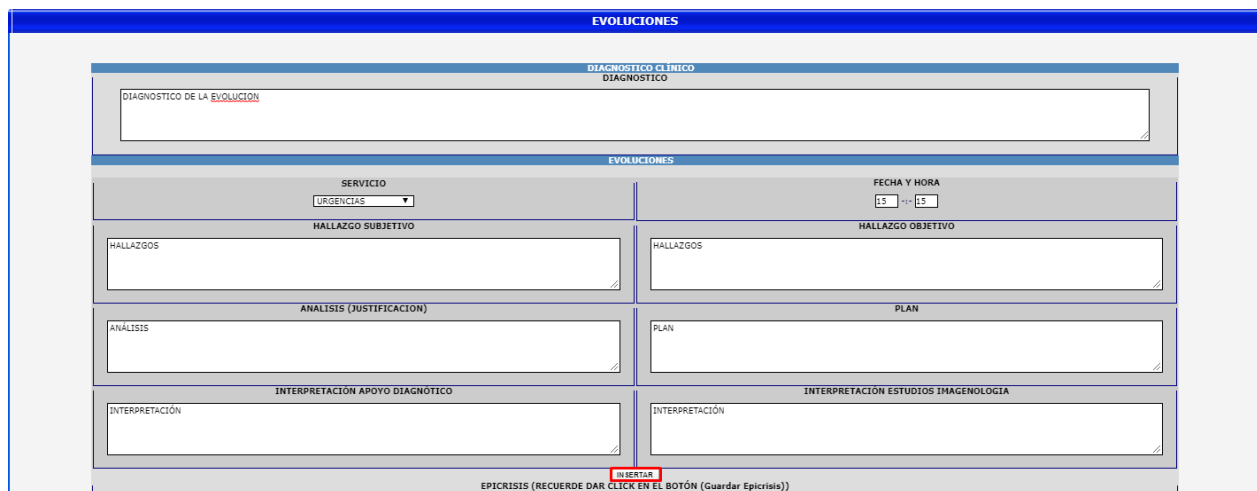
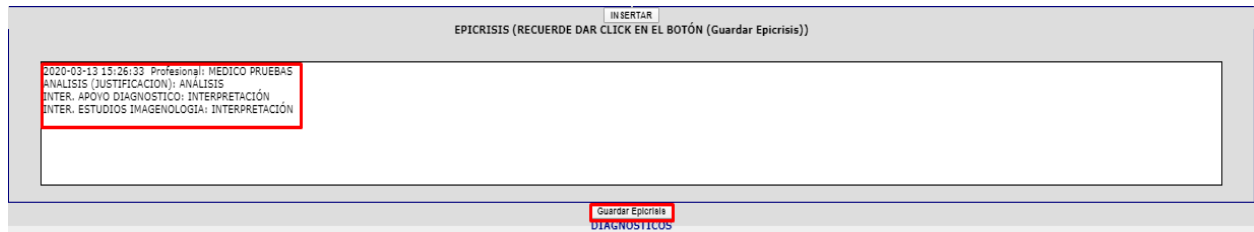
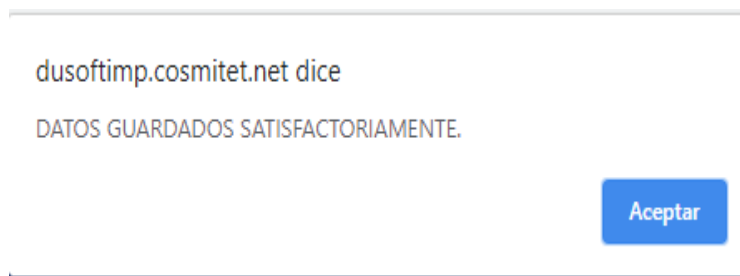


Figura 43 - Evolución

La evolución es almacenada. Para guardar en la Epicrisis da clic en **Guardar Epicrisis**.



Se muestra el mensaje de que fue almacenada correctamente en la Epicrisis.



## 5.2 LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS

Al dar clic en **Lectura de Apoyos Diagnósticos**. Permite visualizar el resultado de los exámenes y realizar la interpretación o Lectura cuando han sido tomados. Figura 44.

LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS					
MEDICO (A) GENERAL - MARTHA PATRICIA DAZA QUINTERO			EXAMENES SOLICITADOS AL PACIENTE POR:		
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION
6265891	2020-04-20		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA - 1	Sin Pagar	Realizar Interpretación Médica
OTROS PROFESIONAL DEL MISMO DEPARTAMENTO					
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION
	2020-02-29	2020-02-29	CLORO - 1	Sin Pagar	
	2020-02-29	2020-02-29	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 4	Resultado Completo	
	2020-02-29	2020-02-29	GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO - 1	Sin Pagar	
	2020-02-29	2020-02-29	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS	Resultado Completo	
	2020-02-29	2020-02-29	LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	
6262971	2020-02-29	2020-02-29	NITROGENO UREICO - 4	Resultado Completo	Leer
	2020-02-29	2020-02-29	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 1	Sin Pagar	
	2020-02-29	2020-02-29	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	
	2020-02-29	2020-02-29	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 1	Sin Pagar	
	2020-02-29	2020-02-29	RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. D.A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL - 1	Sin Pagar	
	2020-02-29	2020-02-29	FLUOROSCOPIA COMO GUZA PARA PROCEDIMIENTOS - 1	Sin Pagar	
	2020-02-29	2020-02-29	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 0	Sin Realizar	
	2020-02-29	2020-02-29	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 0	Sin Pagar	
	2020-02-28	2020-02-28	CLORO - 1	Resultado Completo	
	2020-02-28	2020-02-28	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 4	Sin Pagar	
	2020-02-28	2020-02-28	GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO - 1	Resultado Completo	
	2020-02-28	2020-02-28	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS	Resultado Completo	
	2020-02-28	2020-02-28	LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	Leer Profesional Opo
	2020-02-28	2020-02-28	NITROGENO UREICO - 4	Resultado Completo	
	2020-02-28	2020-02-28	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 1	Sin Pagar	
	2020-02-28	2020-02-28	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 1	Sin Pagar	

Figura 44 - Lectura de Apoyos Diagnósticos

En el campo **Opción** se visualizan los estados de:

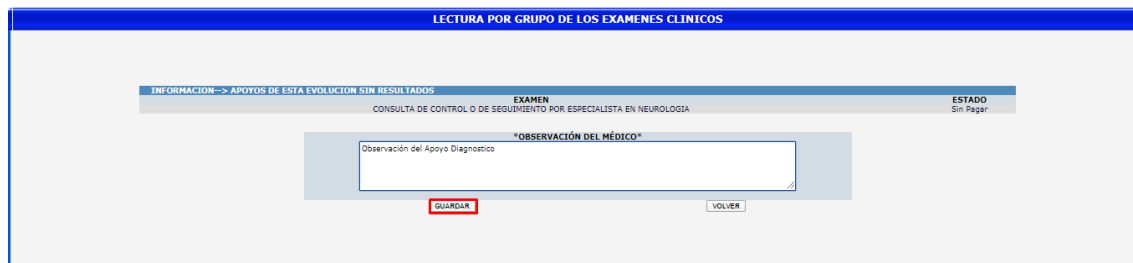
- ✓ **Desactivado Para Lectura:** No permite la Lectura por Parte del Profesional.

Desactivado  
para Lectura

- ✓ **Realizar Interpretación Médica:** Permite realizar la interpretación médica del apoyo diagnóstico por parte del profesional.

 Realizar  
Interpretación  
Médica

Al dar clic permite al profesional colocar la observación y da clic en **Guardar**. Para regresar a la ventana anterior clic en **VOLVER** Figura 45



**Figura 45 - Realizar interpretación Médica**

Al dar clic en **Guardar** cambia a estado **Leído** 

- ✓ **Leer:** Permite realizar la interpretación médica de un grupo de Exámenes clínicos. Esta se habilita con el resultado está en estado completo.

 Leer

Al dar clic muestra el grupo de Exámenes, el profesional registra la observación y da clic en **Guardar**. Figura 46

**LECTURA POR GRUPO DE LOS EXAMENES CLINICOS**

FECHA Y HORA SOLICITUD: 2020-02-29 12:26:06  
FECHA Y HORA TOMADO:

PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION (Resultado:1397719)						
EXAMEN	LABORATORIO	COSMITET LTDA	REALIZADO	2020-02-29 23:07:50	PROFESIONAL	SISTEMA
PROTEINA C REACTIVA	RESULTADO	0 - 0.8 mg/dl	RANGO NORMAL	FECHA	29/02/2020	HORA
COMENTARIO:						

FECHA Y HORA SOLICITUD: 2020-02-29 12:26:06  
FECHA Y HORA TOMADO:

NITROGENO UREICO POST DIALISIS (Resultado:1397760)						
EXAMEN	LABORATORIO	COSMITET LTDA	REALIZADO	2020-02-29 23:07:50	PROFESIONAL	SISTEMA
NITROGENO UREICO EN SUERO	RESULTADO	4 - 20 mg/dl	RANGO NORMAL	FECHA	29/02/2020	HORA
COMENTARIO:						

FECHA Y HORA SOLICITUD: 2020-02-29 12:26:06  
FECHA Y HORA TOMADO:

CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS (Resultado:1397708)						
EXAMEN	LABORATORIO	COSMITET LTDA	REALIZADO	2020-02-29 23:07:50	PROFESIONAL	SISTEMA
CREATININA EN SUERO	RESULTADO	0.5 - 0.9 mg/dl	RANGO NORMAL	FECHA	29/02/2020	HORA
COMENTARIO: VALORES DE REFERENCIA: NEONATOS PREMATUROS: 0.29 - 1.24 mg/dl						

**\*OBSERVACION DEL MEDICO\***

OBSERVACION DE LECTURA

**Figura 46 - Interpretación Medica Grupal**

Para regresar a la ventana anterior clic en

El registro de la Lectura es almacenado

LECTURAS GRUPALES DE LOS APOYOS SOLICITADOS EN LA EVOLUCION: 6262971					
No.	EVOLUCION DE LECTURA	REGISTRO	PROFESIONAL	OBSERVACION DE LECTURA	OBSERVACION ADICIONAL AL RESULTADO
1	6262966	2020-04-21 11:35:15	MEDICO DE UCI	OBSERVACION DE LECTURA	

**\*OBSERVACION DEL MEDICO\***

OBSERVACION DE LECTURA

INFORMACION	OBSERVACION	CLORO
EVOLUCION	FECHA OBSERVACION	MEDICO OBSERVACION
6262966	2020-04-21 11:35:15:661007	OBSERVACION OBSERVACION DE LECTURA
		MEDICO OBSERVACION MEDICO DE UCI

Y Leer cambia a Leído Profesional Dpto.



Para ingresar otro Apoyo Diagnóstico da clic en  se despliega el buscador de apoyos diagnósticos, lo cual se explicó en el módulo de apoyos diagnóstico.

**INGRESO DE OTROS APOYOS DIAGNOSTICOS**

**BUSQUEDA1**

Buscar Por:   En

En la parte inferior permite visualizar los exámenes que se han solicitado por fuera de la Historia Clínica. Al dar clic en **Consultar Resultado**. Figura 47

EXAMENES SOLICITADOS FUERA DE LA HISTORIA CLINICA				
FECHA SOLICITUD	EXAMEN	ESTADO	REVISION	FECHA DE REALIZACION
2019-03-04	UROCULTIVO (ANTIGRAMA MIC AUTOMATICO)+ AUTOMATICO (Sensibilizado)			
2019-10-17	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO	Resultado Sistema	<a href="#">Consultar Resultado</a>	2019-10-23 14:07:29

Muestra el Examen Clínico y para regresar clic en [VOLVER](#)

CONSULTA DEL EXAMEN CLINICO						
FECHA Y HORA SOLICITUD:						
FECHA Y HORA TOMADO:						
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO (Sensibilizado)						
EXAMEN	RESULTADO	RANGO NORMAL	FECHA	HORA	INFO. 1	
GLUCULOS BLANCOS	7.26 x10 <sup>9</sup> /uL	4.5 - 11 x10 <sup>9</sup> /uL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
RECUENTO DE G. ROJOS	3.67 x10 <sup>6</sup> /uL	4.5 - 6 x10 <sup>6</sup> /uL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
HEMOGLOBINA	8.00 g/dl	12 - 16 g/dl	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
HEMATOCRITO	24.90 %	36 - 52 %	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.80 fL	80 - 99 fL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
HB CORPUSCULAR MEDIA	21.80 pg	24 - 32 pg	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.10 g/dl	31 - 37 g/dl	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
PLAQUETAS	423 x10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450 x10 <sup>3</sup> /uL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
RDW SD	34.60 fL	35 - 56 fL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
RECUENTO DE BOSINOFILOS	0 x10 <sup>3</sup> /uL	1- x10 <sup>3</sup> /uL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
RECUENTO DE BASOFILOS	0 x10 <sup>3</sup> /uL	1- x10 <sup>3</sup> /uL	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
TRF	0.8 %	1- %	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
TSF	10.12	1-	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO:						
DESERECCIONES QUINCO HEMATICO	1-	1-	23/10/2019	02:07		
COMENTARIO: HPOCOEREMIA, ** MICROCITOS, + POLICROMASIA, +						

Figura 47 - Consultar Resultados.

INGRESO DE OTROS APOYOS DIAGNOSTICOS			
BUSQUEDA1			
Buscar Por:	--Selección--	En	Todos
<a href="#">BUSCAR</a>			
<a href="#">VOLVER</a>			

### 5.3 CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Al dar clic en **Cumplimiento a Procedimientos Realizados**

Permite registrar los procedimientos efectuados durante la Consulta. Se activa el buscador para realizar la consulta por Código o Descripción y da clic en **Buscar**. Figura 48

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

---

**ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA**

TIPO:  CARGO:  DESCRIPCION:

**Figura 48 - Cumplimiento a Procedimientos Realizados.**

Se listan los Procedimientos que cumplan con el filtro y se da clic en **Adicionar**.

**PROCEDIMIENTOS ENCONTRADOS**

---

**ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA**

TIPO:  CARGO:  DESCRIPCION:

RESULTADO DE LA BUSQUEDA		
CARGO	DESCRIPCION	OPCION
890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA ESPECIALIZADA	ADICIONAR
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	ADICIONAR
890309	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	ADICIONAR
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	ADICIONAR
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	ADICIONAR
890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	ADICIONAR
890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	ADICIONAR

Se selecciona la cantidad y clic en **Guardar**.

**DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR**

---

CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	<input type="text" value="1"/>

El Procedimiento es almacenado.

**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

---

**ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA**

TIPO:  CARGO:  DESCRIPCION:


EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	CANTIDAD	DETALLES
6265680	890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL 


Para ver los detalles se da clic en 

RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		
RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		
PROFESIONAL	Medico de Pruebas Dusoft - medico.urgepruebas	
MEDICO GENERAL		
INFORMACION GENERAL DEL PROCEDIMIENTO		
FECHA Y HORA DE REALIZACION	16/3/2020 - 16:21:08	
PROCEDIMIENTOS ENCONTRADOS		
CARGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD
890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	1

[VOLVER](#)

Para Editar la evolución se da clic en  permite agregar la observación, el Diagnostico y Diagnostico de Complicación. Se da clic en **Guardar**.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS															
DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.															
CARGO	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	OBSERVACION	ELIMINAR												
890409		ESTO ES UNA PRUEBA													
OBSERVACION															
DIAGNOSTICOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRIMARIO</th> <th>TIPO DX</th> <th>CODIGO</th> <th>DIAGNOSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ID</td> <td>I10X</td> <td>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA</td> <td>(CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO</td> </tr> </tbody> </table>	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	<input checked="" type="checkbox"/>	ID	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)			(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA	(CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO		
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO												
<input checked="" type="checkbox"/>	ID	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)												
		(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA	(CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO												
DIAGNOSTICOS COMPLICACION	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRIMARIO</th> <th>TIPO DX</th> <th>CODIGO</th> <th>DIAGNOSTICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>ID</td> <td>R509</td> <td>FIEBRE, NO ESPECIFICADA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA</td> <td>(CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO</td> </tr> </tbody> </table>	PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	<input checked="" type="checkbox"/>	ID	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA			(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA	(CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO		
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO												
<input checked="" type="checkbox"/>	ID	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA												
		(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA	(CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO												
<a href="#">GUARDAR</a>															
<a href="#">VOLVER</a>															

Para eliminar por evolución el procedimiento se da clic en 

Para Volver se da Clic en [VOLVER](#)

## 5.4 REGISTRO DE MARCAPASOS

Al dar clic en **Registro de Marcapasos** [EVOLUCION](#) [Registro MarcaPasos](#) permite registrar la información del Marcapaso y da clic en Guardar. Figura 49

COLOCACION MARCAPASOS	
INFORMACION GENERAL	HISTORIAL
FECHA DE COLOCACION	21/04/2020 [dd/mm/aaaa]
VIA	EPICARDICO
MODO	ASINCRONICO
FRECUENCIA	20
SENSIBILIDAD	1
SALIDA	1
<a href="#">GUARDAR</a>	

Figura 49 - Registro de Marcapaso.

La información es almacenada.



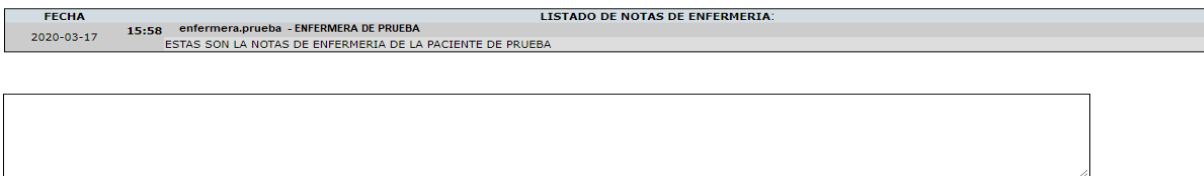
FECHA DE COLOCACION	VIA	MODO	FRECUENCIA	SENSIBILIDAD	SALIDA	USUARIO	OP
21/04/2020	EPICARDICO	ASINCRONICO	20	1.00	1.00 MEDICO DE UCI		

Para eliminar el Registro clic en 

Para ver el Historial da clic en **HISTORIAL**

## 5.5 NOTAS DE ENFERMERIA.

Al dar clic en **Notas de Enfermería** **EVOLUCION** **NOTAS DE ENFERMERIA** Permite al profesional visualizar la notas de enfermería del paciente. Figura 50



FECHA: 2020-03-17 15:58 enfermera.prueba - ENFERMERA DE PRUEBA

LISTADO DE NOTAS DE ENFERMERIA:

ESTAS SON LA NOTAS DE ENFERMERIA DE LA PACIENTE DE PRUEBA

Figura 50 - Notas de Enfermería.

## 5.6 INFORMACIÓN DE CANCER.

Al dar clic en **Información de Cáncer** **EVOLUCION** **Informacion Cancer** Permite Registrar o Activar el Paciente con Cáncer. Figura 51



QUIMIOTERAPIA

**AVISO**

EL PACIENTE NO ESTA REGISTRADO COMO PACIENTE CON CANCER O ESTA INACTIVO

REGISTRAR / ACTIVAR PACIENTE CON CANCER

Figura 51 - Información de Cáncer.

Al dar clic en  **REGISTRAR / ACTIVAR PACIENTE CON CANCER** activa al paciente con Cáncer

**REGISTRO DE PACIENTES CON CANCER**

**BUSQUEDA DE PACIENTES**

TIPO DOCUMENTO: Cédula ciudadanía

DOCUMENTO: 29833028

ESTADO DEL PACIENTE CAMBIADO SATISFACTORIAMENTE A ACTIVO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	PACIENTE	ACTIVO
CC	29833028	PACIENTE UCI PRUEBAS	✔

Pagina 1 de 1

Para regresar a la ventana anterior clic en **Cerrar**. Donde se debe registrar el Tipo de **Protocolo** y **Descripción**.

**QUIMIOTERAPIA**

**Tipo Protocolo**

Oncologicos

**Descripción**

97 - CA CABEZA Y CUELLO: CP

Se despliega la ventana donde se debe registrar la información de la valoración previa del paciente con Cáncer.

**QUIMIOTERAPIA**

**TIPO : 97 - CA CABEZA Y CUELLO: CP**

Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHI A UTIL	VOL F SOL(cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción	
POPOP0700001 - FOSAPREPITANT AMEGLUMINA	1	150.00	Miligramos	150.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	Diás	Bolus	10cc	D1 C/3 SEMANAS	1	1	✔
POPOR0010885 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	50.00	Miligramos	50.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	1	☐
POPO00080842 - OINDANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	2	☐
POPO00050603 - DEKAMETASONA	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	2	☐
POPOL0161760 - LORATADINA	1	10.00	Miligramos	10.00	--	--	TL	ORAL	N/A	N/A	N/A	--	D1 C/3 SEMANAS	1	1	☐

**TIPO : 97 - CA CABEZA Y CUELLO: CP**

Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHI A UTIL	VOL F SOL(cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción	
POPOP0380847 - FACILTAXEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	EST	43.75	SI	INTRAVENOSA	1	Diás	Bolus	10cc	D1 C/3 SEMANAS	1	0.5	✔
POPOC0170576 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	INTEL	--	PT	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	2	☐

Se confirma el registro de la quimioterapia con clic en **Aceptar**.

dusoftimp.cosmitet.net dice

Ya ingresó los datos de quimioterapia en esta evolución.

**Aceptar**

**QUIMIOTERAPIA**

**YA INGRESÓ LOS DATOS DE QUIMIOTERAPIA EN ESTA EVOLUCIÓN.**

TIPO - 87 - CA CABEZA Y CUELLO - CP															
FARMACOLOGÍA															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEH A (%)	VEH F (%)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamentos	Opción
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	1	100.00	Miligramos	100.00	--	--	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	1	1	U
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	1	80.00	Miligramos	80.00	--	--	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	1	1	U
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	2	2	U
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	2	2	U
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	1	50.00	Miligramos	50.00	--	--	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	1	1	U
TIPO - 87 - CA CABEZA Y CUELLO - CP															
QUIMIOTERAPIA															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEH A (%)	VEH F (%)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamentos	Opción
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	1	178.00	Superficie corporal	38.28	21%	37.38	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	1	1	U
FORMOTEROL - FORMOTEROL BROMURO	2	80.00	Superficie corporal	66.546	83%	66.546	ml	INTRAVENOSA	1	100%	100%	1 Día	2	2	U

**Volver** **Guardar**

Para regresar a la ventana anterior clic en **Volver**.

**Volver**

## 5.7 ASISTENCIA VENTILATORIA UCI.

Al dar clic en **Asistencia ventilatoria Uci**. **EVOLUCION** **Asistencia Ventilatoria UCI** Permite registrar la información de la asistencia mecánica del paciente. Se registra la información y da clic en **Insertar**. Figura 52

**ASISTENCIA VENTILATORIA**

16 : 41

ASISTENCIA VENTILATORIA									
MODOS	FIO <sub>2</sub>	F. RESP	F. VENT	ESPONT	VOL/MIN	SEN	P. INSP		
CPAP	FIO <sub>2</sub> 100%	10 X min	10 X min	10 X min	10 X min	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cm		
REL I:E	PEEP	PI PICO	PI MESETA	PI MEDIA	ETC O <sub>2</sub>	TI			
10	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cmH <sub>2</sub> O	10 mmH <sub>2</sub> O	10 Seg			
TE	PEEP/PL (PEEP LOW)	PEEP/PH (PEEP HIGH)		SP O <sub>2</sub>	CURVA				
Seg				0 - 100 %	<input type="radio"/> Cuadrada <input type="radio"/> Desacelerada		<input type="radio"/> Acelerada <input type="radio"/> Sinusoidal		

**INSERTAR**

Figura 52 - Asistencia Ventilatoria Uci

La información de la Asistencia Ventilatoria es almacenada.

ASISTENCIA VENTILATORIA																							
MODO		FIO <sub>2</sub>	F. RESP	F. VENT	ESPONT	VOL/MIN	SEN	P. INSP															
Volumen Control AC		FIO2 100%	10 X min	10 X min	10 X min	10 X min	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cm															
REL I:E	PEEP	PI PICO	PI MESETA	PI MEDIA	ETC O <sub>2</sub>	TI																	
10	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cmH <sub>2</sub> O	10 cmH <sub>2</sub> O	10 mmH <sub>2</sub> O	10 Seg																	
TE	PEEP/PL (PEEP LOW)	PEEP/PH (PEEP HIGH)		SP O <sub>2</sub>	CURVA																		
				0 - 100 %	<input type="radio"/> Cuadrada	<input type="radio"/> Acelerada																	
					<input type="radio"/> Desacelerada	<input type="radio"/> Sinusoidal																	
INSERTAR																							
FECHA	HORA	MODO	FIO <sub>2</sub>	F. RESP	F. VENT	ESPONT	VOL/MIN	SENS	P. INSP	TI	REL I:E	PEEP	P. PI	P. MES	PI MED	ETCO <sub>2</sub>	TE	PL	PH	SPO <sub>2</sub>	CURVA	USUARIO	
HOY	16:41:00	CPAP	FIO2 100%	10	10,0	10,0	10,0	10	10,0	10,0	10	10	10	10	10	10	--	--	--	--	--	--	ELIMINAR

Para **Eliminar** dar clic en **ELIMINAR**

## 5.8 JUNTA MÉDICA.

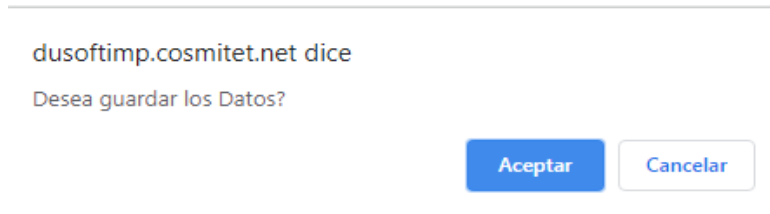
Al dar clic en **Junta Médica**. **EVOLUCION** **Junta Médica** Permite registrar la información de la Junta médica. Se registra la información de: Servicio, Motivo de Justificación, Análisis del Caso, Conclusiones, Observaciones.

Se selecciona la especialidad y nombre del profesional, da clic en **Insertar** y luego en **Guardar**. Figura 53

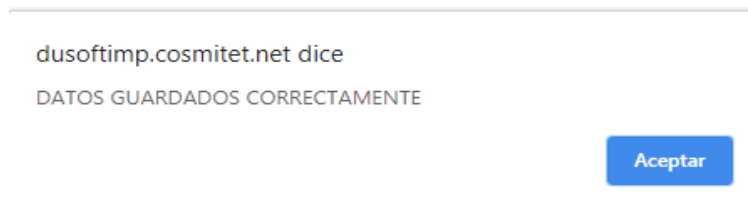
JUNTA MEDICA			
JUNTA MEDICA		HISTORIAL	
MEDICO TRATANTE:	MEDICO PRUEBAS:	ESPECIALIDAD:	MEDICO (A) GENERAL:
SERVICIO		FECHA Y HORA	
ONCOLOGIA		11-05-2020 15:02:13	
MOTIVO O JUSTIFICACION			
Para Manual de Historia			
ANALISIS DEL CASO			
Para Manual de Historia			
CONCLUSIONES			
Para Manual de Historia			
OBSERVACIONES			
Para Manual de Historia			
Especialidad :	MEDICO (A) GENERAL	Medico :	YURY MARIN CARDONA
		Insertar	
Guardar			

Figura 53 - Junta Médica

Se muestra el mensaje de Confirmación, si da clic en **Aceptar** almacenada la información o de lo contrario clic en **Cancelar**.




Al dar clic **Aceptar**



Para ver el **Historial** clic en **HISTORIAL** permite visualizar el Historio de Juntas Medicas del paciente. Figura 54

JUNTA MEDICA					
JUNTA MEDICA		HISTORIAL			
INGRESO-FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OPCION	IMPRESIÓN
2494164 - 11/05/2020 15:29:55	6266008	11/05/2020 15:29:55	Medico de Pruebas HC	 VER	
2494164 - 11/05/2020 15:02:13	6266006	11/05/2020 15:02:13	Medico de Pruebas HC	 VER	

**Figura 54 - Historial Junta Médica**

La opción de Ver  permite observar la información de la junta Médica seleccionada.

JUNTA MEDICA		CERRAR [X]	
FECHA	11-05-2020 15:29:55	USUARIO	Medico de Pruebas HC
JUNTA MEDICA			
SERVICIO	ONCOLOGIA	FECHA Y HORA	15:29:55
OBSERVACIONES			
Prueba para Historia Clínica			
CONCLUSIONES			
Prueba para Historia Clínica			
ANALISIS DEL CASO			
Prueba para Historia Clínica			
MOTIVO O JUSTIFICACION			
Prueba para Historia Clínica			
PARTICIPANTES			
MEDICO :	YURANY ANDREA CEBALLOS ZULUAGA	ESPECIALIDAD :	MEDICO (A) ESPECIALISTA

Para Regresar a la ventana anterior clic en **Cerrar**

**CERRAR [X]**

Para Imprimir clic en



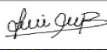
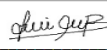
https://dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asist...  
 dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial...

**JUNTA MEDICA**

PACIENTE: PACIENTE HOSP DE PRUEBA	IDENTIFICACION: CC 14479433	HIC: 14479433 - CC
POBLACION VULNERABLE:	PERTENENCIA ETNICA	
FECHA DE NACIMIENTO: 24/9/1982	EDAD: 37 Años	SEXO: M TIPO AFILIADO: Cobante
RESIDENCIA: BARRIO MATIAS BULLMBA	VALLE DEL CAUCA-BUENAVENTURA TELEFONO:	
OCCUPACION: EMPLEADOS DE SERVICIOS DE APOYO A LA PRODUCCION	PARENTESCO:	
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 25/2/2020 - 13:05:22	FECHA EGRESO: -	CAMA: 801R-B
DEPARTAMENTO: 060607 -	SERVICIO: HOSPITALARIO	
HOSPITALIZACION - CBO:	PLAN: S.O.S FPGP SANTA SOPA 2019	

ESTADO CIVIL:  
 Imprimió: Medico de Pruebas HC - Fecha Impresión: 2020/5/11 - 16:04:30  
 medico.urgepruebas

DESCRIPCION JUNTA MEDICA	
FECHA:	2020-05-11
<b>MOTIVO O JUSTIFICACION :</b> Prueba para Historia Clínica	
<b>ANALISIS DEL CASO :</b> Prueba para Historia Clínica	
<b>CONCLUSIONES :</b> Prueba para Historia Clínica	
<b>OBSERVACIONES :</b> Prueba para Historia Clínica	

PROFESIONAL: YURANY ANDREA CEBALLOS ZULUAGA CC - 1053801490 - T.P. 73318 ESPECIALIDAD - PSICOLOGO	PROFESIONAL: YURY MARIN CARDONA CC - 39671324 - T.P. 764319 ESPECIALIDAD - MEDICO GENERAL
---	---

## 6. EGRESO

Al dar clic en **Evolución**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 55

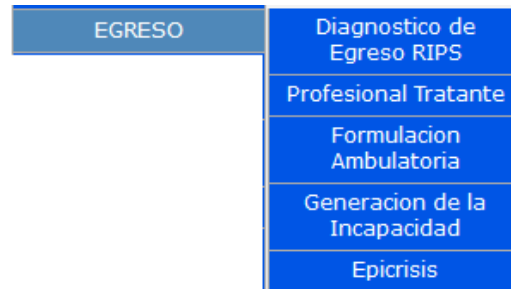
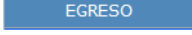
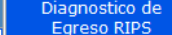
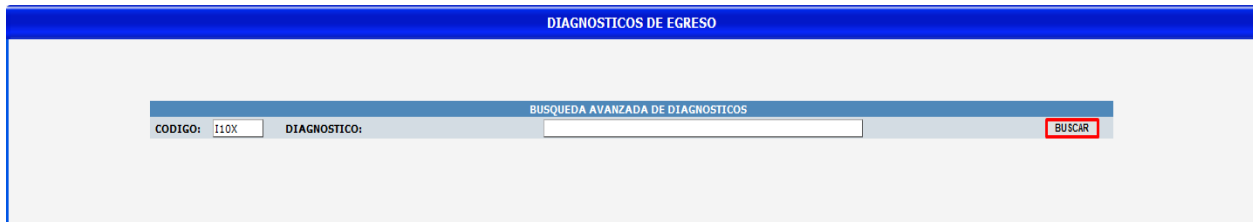


Figura 55 - Menú Egreso

### 6.1. DIAGNOSTICO DE EGRESO RIPS

Al dar clic en **Diagnostico de Egreso RIPS**   permite al profesional registrar el diagnostico de egreso del paciente. Se realiza la búsqueda por **Código** o **Descripción** del Diagnóstico y da clic en **Buscar**. Figura 56



DIAGNOSTICOS DE EGRESO

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: 110X    DIAGNOSTICO:   

Figura 56 - Diagnostico de Egreso RIPS

Se Selecciona el Diagnostico, el tipo y da clic en **Guardar**.



DIAGNOSTICOS DE EGRESO

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO:    DIAGNOSTICO:   

RESULTADO DE LA BUSQUEDA

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DX PRINCIPAL/SECUNDARIO	TIPO DX ID   CN   CR	OPCION
110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	PRINCIPAL	<input checked="" type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input checked="" type="checkbox"/>

(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA    (CN) - CONFIRMADO NUEVO    (CR) - CONFIRMADO REPETIDO

El profesional puede marcar el diagnóstico de **Ingreso** como de **Egreso**. Selecciona **Diagnosticar Egreso** y da clic en **Guardar**.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS				
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICAR EGRESO
<input checked="" type="checkbox"/>		R.509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>
				<b>guardar1</b>

El registro del diagnóstico es almacenado.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO				
DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS				
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICAR EGRESO
<input checked="" type="checkbox"/>		R.509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/>
				guardar1
DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>		I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
<input checked="" type="checkbox"/>		R.509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	
BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS				
CODIGO:	<input type="text"/>	DIAGNOSTICO:	<input type="text"/>	<input type="button" value="BUSCAR"/>
<b>DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.</b>				


Para **Eliminar** el Diagnostico da clic en 

## 6.2 PROFESIONAL TRATANTE

Al dar clic en **Profesional Tratante** **EGRESO** **Profesional Tratante** Permite registrar y/o seleccionar el nombre del profesional que efectúa la atención del paciente. Figura 57

PROFESIONAL TRATANTE			
PROFESIONAL TRATANTE ACTUAL			
PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	EDITAR	
POR FAVOR REGISTRAR UN PROFESIONAL TRATANTE --->			
INGRESO	HISTORIAL DE PROFESIONALES TRATANTES	FECHA REGISTRO	
--	EL PACIENTE NO TIENE PROFESIONALES TRATANTES REGISTRADOS EN EL SISTEMA	--	
INGRESO: 2494251			
FECHA Y VIA DE INGRESO: ( 12 / 3 / 2020 ) -			

**Figura 57 - Profesional Tratante**

Se da clic en  y se despliega la ventana para realizar la consulta del profesional ya sea por **Código**, **Nombre** o **Especialidad** y da clic en **Buscar**.

**PROFESIONAL TRATANTE**

---

BUSQUEDA AVANZADA DE PROFESIONALES

CODIGO:  NOMBRE: ADOLFO ESPECIALIDAD:

Se selecciona el Profesional y da Clic en **Guardar**

**PROFESIONAL TRATANTE**

---

BUSQUEDA AVANZADA DE PROFESIONALES

CODIGO:  NOMBRE:  ESPECIALIDAD:

ID	NOMBRE	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	ESPECIALIDAD	TIPO
94327367	ADOLFO DIDIER GONZALEZ QUINTERO		OTORRINOLARINGOLOGO	<input checked="" type="radio"/>
1111784941	ADOLFO ESTIVEN LOPEZ SALAZAR		FISIOTERAPISTA	<input type="radio"/>
76225000	ADOLFO LEON SAAVEDRA ABADIA		OTRAS ESPECIALIDADES	<input type="radio"/>
17330442	ADOLFO LEON SAAVEDRA ABADIA		TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA	<input type="radio"/>
17330442	ADOLFO LEON SAAVEDRA (APOYO)		TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA	<input type="radio"/>
18516386	BETANCUR GUSTAVO ADOLFO		FISIOTERAPEUTA	<input type="radio"/>
1061704143	GUSTAVO ADOLFO CHICANGANA FIGUEROA		ANESTESIOLOGO	<input type="radio"/>
14895611	GUSTAVO ADOLFO CRUZ		PEDIATRA	<input type="radio"/>
16752380	GUSTAVO ADOLFO MONTERO RINCON		CARDIOLOGO	<input type="radio"/>
16752380	GUSTAVO ADOLFO MONTERO RINCON		ELECTROFISIOLOGO - ARITMILOGO	<input type="radio"/>
16705068	GUSTAVO ADOLFO ORDOÑEZ ARANA		NEUMOLOGO PEDIATRA	<input type="radio"/>
94491665	GUSTAVO ADOLFO RINCON ESCOBAR		TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA	<input type="radio"/>
1113621905	GUSTAVO ADOLFO ROCHA OCAMIO		MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
14624849	GUSTAVO ADOLFO SUAREZ JARAMILLO		MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
79308706	GUSTAVO ADOLFO VALDERRAMA HERNANDEZ		CIRUJANO DEL TORAX	<input type="radio"/>
75087501	GUSTAVO ADOLFO RODRIGUEZ SALDARRIAGA		MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
16752543	HECTOR ADOLFO SAA VALENCIA		MEDICINA FAMILIAR	<input type="radio"/>
7535196	MIGUEL ADOLFO PARDO		ONCOLOGO	<input type="radio"/>
76327763	VICTOR ADOLFO HOLGUIN PRIETO		INTERNISTA	<input type="radio"/>

El **Profesional Tratante** es almacenado en la Historia Clínica.

**PROFESIONAL TRATANTE**

---

PROFESIONAL	PROFESIONAL TRATANTE ACTUAL	ESPECIALIDAD	EDITAR
ADOLFO DIDIER GONZALEZ QUINTERO	OTORRINOLARINGOLOGO		<input checked="" type="button" value="EDITAR"/>
INGRESO 2494251	HISTORIAL DE PROFESIONALES TRATANTES ADOLFO DIDIER GONZALEZ QUINTERO	ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGO	FECHA REGISTRO 2020-03-19 11:03:12
INGRESO: 2494251 FECHA Y VIA DE INGRESO: ( 12 / 3 / 2020 ) -			

Para Editar dar clic en 

## 6.3 FORMULA AMBULATORIA

Al dar clic en **Formula Ambulatoria**   Permite registrar los medicamentos e insumos recetados al paciente relacionados con el Diagnostico.

### 6.3.1 Formulación de Medicamentos

Se muestra la ventana de Búsqueda, la cual se puede realizar por Tipo, Producto o Principio Activo y dar clic en **Buscar**. Figura 58

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO:  PRODUCTO:  PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO:

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD SOLICITAR INSUMOS

**Figura 58 - Formulación Ambulatoria**

Se selecciona el medicamento.

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO:  PRODUCTO:  PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO:

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD SOLICITAR INSUMOS

	CODIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	ANATOFARMACOLOGICO	FORMA	CONCENTRACION	OP
POS	FOFOA0010244	ACETAMINOFEN 100MG SOLUCION ORAL.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	ORAL	100MG	<input type="radio"/>
POS	FOFOA0010245	ACETAMINOFEN 150MG/5ML SOLUCION ORAL.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	ORAL	150MG/5ML 20	<input type="radio"/>
POS	FOFOA0011224	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500MG 1	<input checked="" type="radio"/>
NO POS	FOFOA0011225	ACETAMINOFEN 665MG TABLETA.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	665MG 1	<input type="radio"/>
NO POS	FOFOA0011226	ACETAMINOFEN 1g/100ml SOLUCION INYECTABLE.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	SOLUCION INYECTABLE	1g/100ml 70	<input type="radio"/>
NO POS	FOFOA0511226	ACETAMINOFEN+CAFEINA 500/65MG TABLETA.	ACETAMINOFEN+CAFEINA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500/65MG 1	<input type="radio"/>
NO POS	FOFOA0511227	ACETAMINOFEN+CAFEINA+FENILEFRINA 500+5+25MG TABLETA.	ACETAMINOFEN+CAFEINA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500+50MG	<input type="radio"/>
NO POS	FOFOA0521228	ACETAMINOFEN+CAFEINA+FENILEFRINA 500+5+25MG TABLETA.	ACETAMINOFEN+CAFEINA+FENILEFRINA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	. 1	<input type="radio"/>
NO POS	FOFOA0561238	ACETAMINOFEN+FENILEFRINA HCl + CLORFENIRAMINA MALEATO+CAFEINA ANHIDRA 500mg TABLETA.	ACETAMINOFEN+FENILEFRINA HCl + CLORFENIRAMINA MALEATO+CAFEINA ANHIDRA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500mg	<input type="radio"/>

Se activa la ventana para la formulación del medicamento, donde se registra la información del medicamento, si es transcrito, si es crónico, se coloca la observación y da clic en **Guardar**.

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
POS ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	500MG	TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN:

DOSIS:   FRECUENCIA MEDICAMENTOS: CADA:  Hora(s):

TRANSCRIBIR POR:  SI  NO   PACIENTE CRONICO  SI  NO

DIAS TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO

MEDICAMENTO FORMULADO PARA REALIZAR MANUALES DIGITALES

El medicamento es almacenado.



**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos PRODUCTO: ACETAMIN PRINCIPIO ACTIVO/COD. AMATOFARMACOLOGICO: Buscar


CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD SOLICITAR INSUMOS


MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

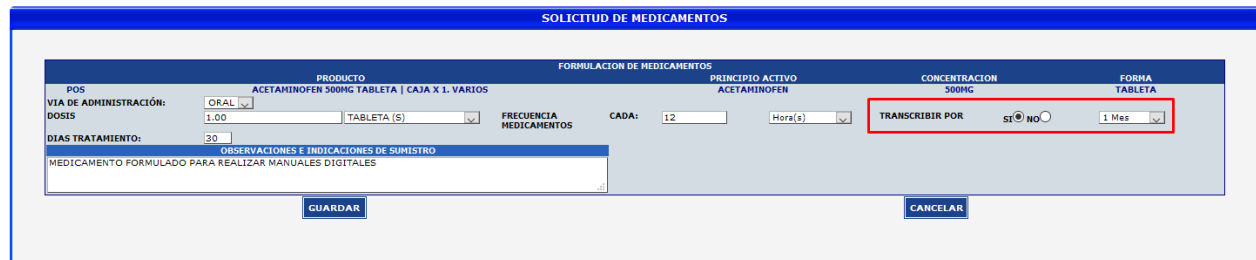
<b>ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN)</b> VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)	FORMULO: Medico de Pruebas Disoft MEDICAMENTO POS
--	--

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO

MEDICAMENTO FORMULADO PARA REALIZAR MANUALES DIGITALES

Para Cancelar da clic 

Para modificar se da clic en  se despliega la información del medicamento a Modificar y da clic en **Guardar**.



**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

POS	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
POS	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA   CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	500MG	TABLETA

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL  
 DOSIS: 1.00 TABLETA (S)  
 FRECUENCIA MEDICAMENTOS: CADA: 12 Hora(s)  
 DIAS TRATAMIENTO: 30

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO

MEDICAMENTO FORMULADO PARA REALIZAR MANUALES DIGITALES

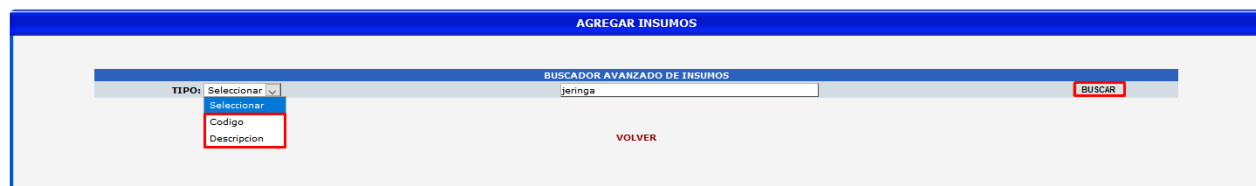
GUARDAR CANCELAR

TRANSCRIBIR POR: SI  NO  1 Mes

Para Eliminar da clic en 

### 6.3.2 Formulación de Insumos

Al dar clic en **SOLICITAR INSUMOS** se muestra ventana para la Búsqueda del Insumo, en la opción de tipo se selecciona por código o descripción y da clic **Buscar**.



**AGREGAR INSUMOS**

BUSCADOR AVANZADO DE INSUMOS

TIPO: Seleccionar  
 Seleccionar  
 Codigo  
 Description

jeringa

BUSCAR

VOLVER

Se visualizan los insumos que cumple con los criterios de Búsqueda, se selecciona el insumo, la cantidad, si se transcribe y da clic en **Agregar**.

**AGREGAR INSUMOS**

**BUSCADOR AVANZADO DE INSUMOS**

TIPO: Descripción | jeringa |  |

CODIGO	PRODUCTO - ABBREVIACION	CANT	TRANSCRIBIR POR
22033000020974	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1 1/2 CX100 1 UNIDAD   . X 1 . PROTEx S.A	<input type="text" value="1"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 3 Meses <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22033000020973	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1 1/2 MADHOS CX100 1 UNIDAD   . X 1 . DUMIAN MEDICAL S.A.S	<input type="text"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22033000020976	JERINGA 60 ML CON EMBOLO C X 25 1 UNIDAD   . X 1 . DUMIAN MEDICAL S.A.S	<input type="text"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22310000692098	JERINGA 1 ML C/A 27 X 1 1/2 REHOBIBLE 1 UNIDAD   CAJA X 1 . LABORATORIO RYNCO S.A	<input type="text"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22583000021014	JERINGA 1 ML C/A 29 X 1 1/2 FIJA 1 UNIDAD   CAJA X 100 . LIFE CARE	<input type="text"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22053000020988	JERINGA 3 ML 21 X 1 1/2 3PTES CX100 1 UNIDAD   . X 1 . ETERNA	<input type="text"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21113000020004	JERINGA 1 ML C/A 30G FIJA LIFE CARE 1 UNIDAD   CAJA X 1 . LIFE CARE	<input type="text"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Pagina 1 de 1

El insumo es almacenado.

**SOLICITAR INSUMOS**  
EL PRODUCTO SE GUARDÓ SATISFACTORIAMENTE.


**MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS**

<b>LORATADINA - FOFOL0161760 (LORATADINA)</b>	
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL	FORMULO: Medico de Pruebas Dusoft
DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 24 Hora(s)	MEDICAMENTO POS
CANTIDAD: 30 TABLETA POR 10MG	
DIAS TRATAMIENTO: 30 DIA(S)	

---

**INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS**

JERINGA 5 ML C/A 21 X 1 1/2 CX100 1 UNIDAD   . X 1 . PROTEx S.A	DIAS SOLICITUD: 90	Cant: 1	FORMULO: Medico de Pruebas Dusoft
---	--------------------	---------	-----------------------------------

Para modificar se da clic en  se despliega la información del insumo a Modificar y da clic en **Guardar**.

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

ID	PRODUCTO	CANT	TRANSCRIBIR POR
22033000020973	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1 1/2 MADHOS CX100 1 UNIDAD   . X 1 . DUMIAN MEDICAL S.A.S	<input type="text" value="2"/>	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

Para **Cancelar** clic en  y para **Eliminar** Clic en 

## 6.4 GENERACION DE LA INCAPACIDAD

Al dar clic en **Generación de la Incapacidad**.   Permite registrar la incapacidad del paciente, para lo cual el profesional debe seleccionar:

- ✓ El Tipo de incapacidad.

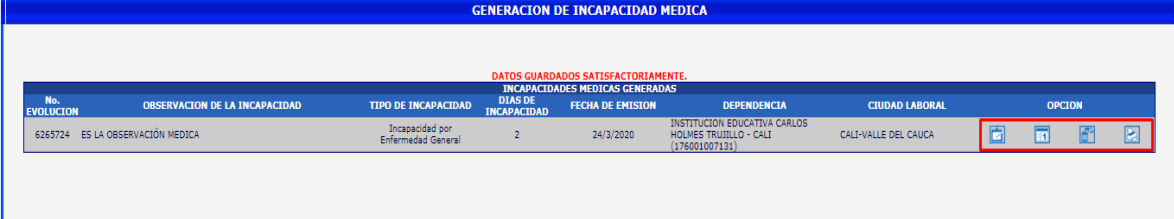
- ✓ Fecha de inicio.(Automática)
- ✓ Número de Días de la Incapacidad.
- ✓ Si es Prorroga o No.
- ✓ Ciudad donde Labora
- ✓ Dependencia
- ✓ Las Observaciones.





Y dar clic en **Guardar Incapacidad.** Figura 59.




**Figura 59 – Generación de la Incapacidad**

La Incapacidad es registrada y se activa las opciones de la Figura 60



DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.							
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	DEPENDENCIA	CIUDAD LABORAL	OPCION
6265724	ES LA OBSERVACION MEDICA	Incapacidad por Enfermedad General	2	24/3/2020	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)	CALI-VALLE DEL CAUCA	   

**Figura 60 – Opciones de la Incapacidad**

Para Modificarla da clic en  y permite realizar cambios requeridos y dar clic en **Modificar Incapacidad.**

**Nota:** La incapacidad solo podrá ser modificada mientras la evolución médica en la que se realiza se encuentre abierta.

**MODIFICACION DE LA INCAPACIDAD GENERADA**

**MODIFICACION DE LA INCAPACIDAD GENERADA**  
EVOLUCION: 6265724

\* TIPO DE INCAPACIDAD: Incapacidad por Enfermedad General      FECHA INICIO: 24/03/2020 [dd/mm/aaaa]

\* NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD: 2      PRORROGA: NO  SI



\* CIUDAD DONDE LABORA: CALI-VALLE DEL CAUCA

\* DEPENDENCIA: INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)

ES LA OBSERVACION MEDICA: OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD

---


**DIAGNOSTICOS**

TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
 IMPRESION DIAGNOSTICA	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CONFIRMADO NUEVO	CONFIRMADO REPETIDO

[MODIFICAR INCAPACIDAD](#)

[VOLVER](#)

No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	FECHA DE FINALIZACION	DEPENDENCIA	CIUDAD LABORAL
6265724	ES LA OBSERVACION MEDICA	Incapacidad por Enfermedad General	2	24/3/2020	25/3/2020	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)	CALI-VALLE DEL CAUCA

Para **Dar Prorroga** da clic en  y permite generar la prorroga a la Incapacidad y clic en **Guardar Prorroga**.

**PRORROGA DE LA INCAPACIDAD GENERADA**

**PRORROGA DE LA INCAPACIDAD GENERADA**  
EVOLUCION: 6265724

\* TIPO DE INCAPACIDAD: Incapacidad por Enfermedad General      FECHA INICIO: 26/03/2020 [dd/mm/aaaa]

\* NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD: 2      PRORROGA: NO  SI



\* CIUDAD DONDE LABORA: CALI-VALLE DEL CAUCA

\* DEPENDENCIA: INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)

ES LA OBSERVACION MEDICA: OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD

---

**DIAGNOSTICOS**

TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
 IMPRESION DIAGNOSTICA	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CONFIRMADO NUEVO	CONFIRMADO REPETIDO


[GUARDAR PRORROGA](#)

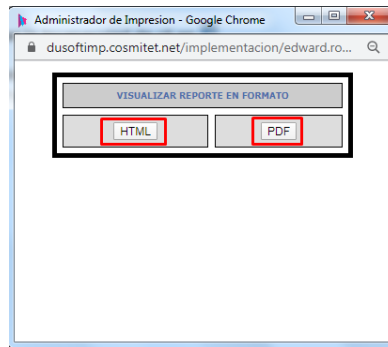
[VOLVER](#)

No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	FECHA DE FINALIZACION	DEPENDENCIA	CIUDAD LABORAL
6265724	ES LA OBSERVACION MEDICA	Incapacidad por Enfermedad General	2	24/3/2020	25/03/2020	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)	CALI-VALLE DEL CAUCA

Para **Eliminar** la Incapacidad da clic en 

**Nota:** La incapacidad solo podrá ser eliminada mientras la evolución médica en la que se realiza se encuentre abierta.

Para **Imprimir** la Incapacidad da clic en  y se visualiza la ventana de impresión en HTML o PDF.



## Impresión de la Incapacidad.

Administrador de Impresion - Google Chrome  
dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial/cache/Generacion\_Incapacidades.html

**INCAPACIDAD MEDICA #265724**

IDENTIFICACION: CC 1030522904	NOMBRE PACIENTE DE PRUEBAS	HCI 1030522904 - CC	EDAD: 34 años	SEXO: F
FECHA DE INGRESO: 2020-03-12	No. INGRESO: 2494251	FECHA SOLICITUD: 2020-03-24		
CLIENTE: URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019	PLAN: URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019	TIPO AFILIADO: COTIZANTE	RANGO: C	DEPENDENCIA: INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007133)
Ciudad donde labora: CALI-VALLE DEL CAUCA				

**INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL**

TERCERO:	URGENCIAS
SERVICIO:	2020-03-24
FECHA DE EMISION:	2020-03-25
FECHA DE TERMINACION:	2
DIVISION:	NO
PRORROGA:	

**OBSERVACION**  
• ES LA OBSERVACION MEDICA

**DIAGNOSTICO(S):**  
R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA

**MEDICO TRATANTE**

**MEDICO PRUEBAS**  
CC : 79182026

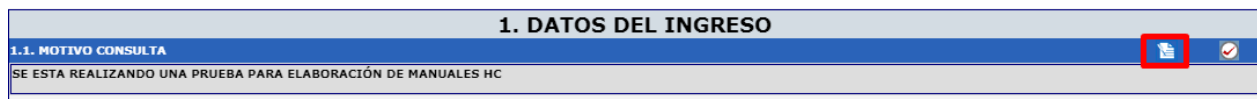
## 6.5 EPICRISIS

Al dar clic en **Epicrisis** EGRESO Epicrisis permite editar las opciones de:

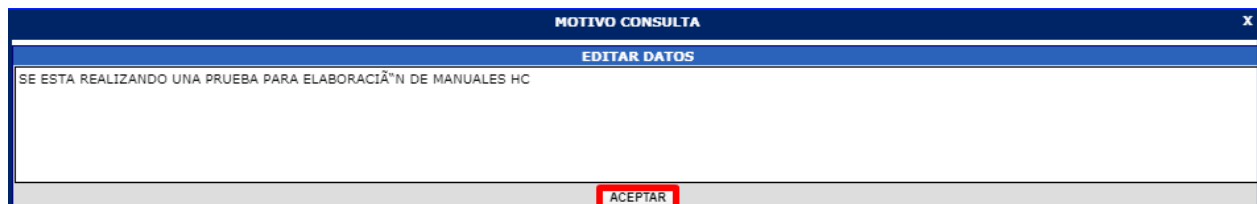
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Estado General y Enfermedad Actual.
- ✓ Antecedentes personales.
- ✓ Examen físico
- ✓ Apoyos diagnósticos
- ✓ Diagnósticos de ingreso.
- ✓ Datos de la Evolución

- ✓ Medicamentos
- ✓ Signos de Alarma
- ✓ Se entrega Plan de Recomendaciones
- ✓ Se da Orden Medica para cita de control
- ✓ Se Entrega y Explica la Formulación Medica
- ✓ Se Remite a su Asegurador para Formulación Medica
- ✓ Datos del Egreso (Plan de Seguimiento, Diagnostico de Egreso y causa de Salida.

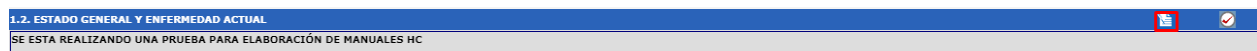
### 6.5.1 Motivo de Consulta.



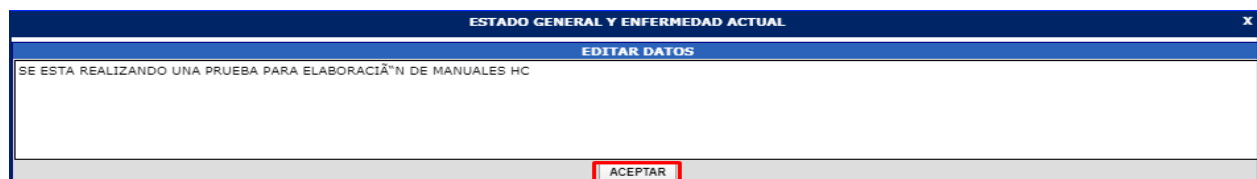
Al dar clic muestra el motivo de consulta y permite modificarlo y clic en **Aceptar**.



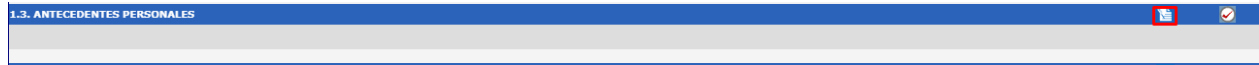
### 6.5.2 Estado General y Enfermedad Actual



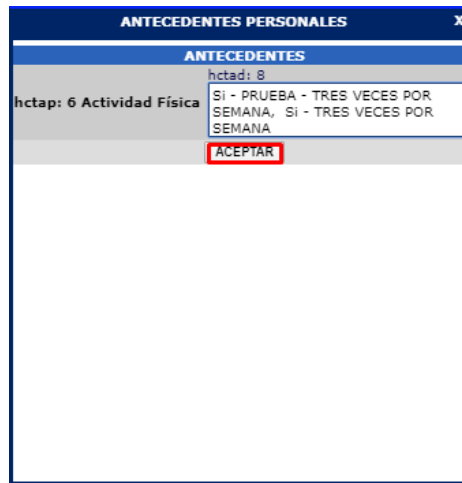
Al dar clic muestra el estado general y enfermedad actual, permite modificarlo y da clic en **Aceptar**.



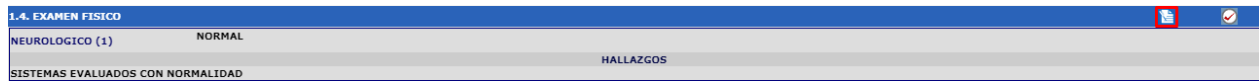
### 6.5.3 Antecedentes Personales.



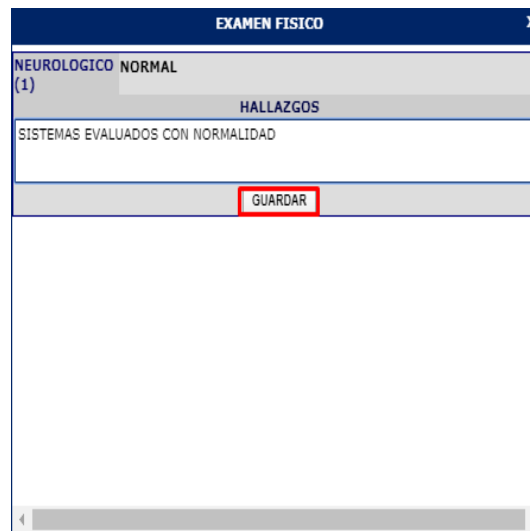
Al dar clic muestra los antecedentes personales, permite modificarlo y da clic en **Aceptar**.



### 6.5.4 Examen Físico.



Al dar clic muestra el Examen Físico, permite modificarlo y da clic en **Guardar**.



### 6.5.5 Apoyos Diagnósticos.

1.5. APOYOS DIAGNOSTICOS
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UROANALISIS, HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA, NEBULIZACION, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS, HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO

Al dar clic muestra los Apoyos Diagnósticos, permite modificarlo y da clic en **Aceptar**.

**APOYOS DIAGNOSTICOS**

**EDITAR DATOS**

INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UROANALISIS, HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA, NEBULIZACION, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS, HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO

ACEPTAR

### 6.5.6 Diagnostico de Ingreso.

1.6. DIAGNOSTICOS DE INGRESO				
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO	
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESION DIAGNOSTICA	P	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION DIAGNOSTICA		

Al dar clic muestra los Diagnósticos de Ingreso, permite Incluir o quitar diagnósticos relacionados diferentes al principal de ingreso en la Epicrisis.

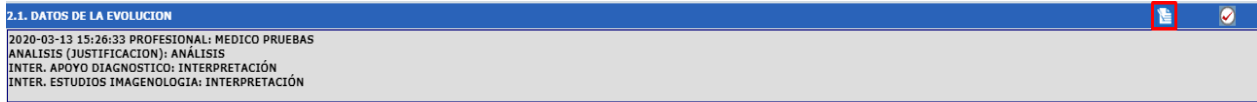
**DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO	INCLUIR
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESION DIAGNOSTICA	<input checked="" type="checkbox"/>	
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

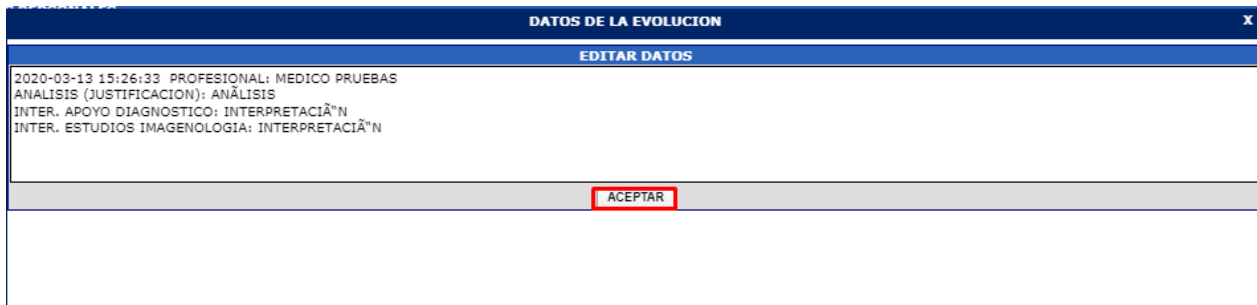
Como se puede observar en la imagen.

1.6. DIAGNOSTICOS DE INGRESO				
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO	
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESION DIAGNOSTICA	P	

## 6.5.7 Datos de la Evolución.



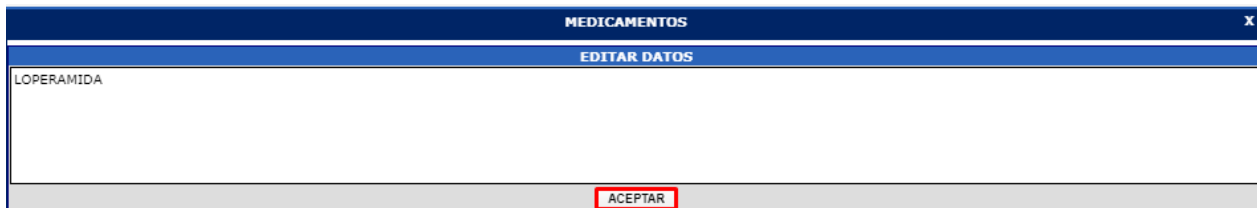
Al dar clic muestra los Datos de Evolución, permite modificar y dar clic en **Aceptar**.



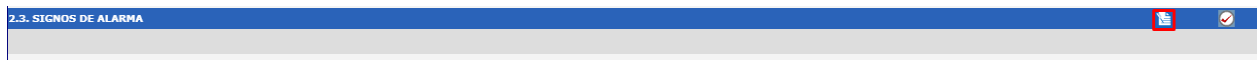
## 6.5.8 Medicamentos.



Al dar clic muestra los Medicamentos, permite Editar los Datos y da clic en **Aceptar**.



## 6.5.9 Signos de Alarma.



Al dar clic muestra los Signos de Alarma, permite seleccionar los signos de alarma que el profesional considere y da clic en **Guardar**. Nota: Es de carácter obligatorio.

SIGNOS DE ALARMA						
<input type="checkbox"/> ALTERACIÓN DE LA VISION	<input type="checkbox"/> ARDOR EN LA BOCA DEL ESTOMAGO INTENSO	<input type="checkbox"/> CAMBIOS DE COLORACION EN LA HERIDA QUIRURGICA O SALIDA DE PUS	<input type="checkbox"/> CAMBIOS EN EL COLOR U OLOR DE LA URINA	<input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA EXPECTORACION COMO AUMENTO DE CANTIDAD O CAMBIO DE COLOR	<input type="checkbox"/> CONVULSIONA O PRESENTA MOVIMIENTOS CORPORALES EXTRAÑOS	<input type="checkbox"/> DEBILIDAD O ENTUMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO
<input type="checkbox"/> DEPOSICIONES CON SANGRE	<input type="checkbox"/> DEPOSICIONES MUY FRECUENTES HASTA MÁS DE 6 EN 4 HORAS O MÁS DE 10 EN 24 HORAS	<input type="checkbox"/> DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL QUE NO MEJORA O QUE AUMENTA EN INTENSIDAD	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA QUE NO MEJORA	<input type="checkbox"/> DOLOR EN EL PECHO DE ALTA INTENSIDAD O SENSACIÓN DE MUERTE	<input type="checkbox"/> DOLOR O MOLESTIA PARA ORINAR
<input type="checkbox"/> ESTÁ AGRESIVO O CON CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO	<input type="checkbox"/> FIEBRE ALTA QUE NO MEJORA	<input type="checkbox"/> FIEBRE, CALOR EN LA HERIDA, ENROJECIMIENTO EN LA HERIDA, SECRECIÓN EN LA HERIDA	<input type="checkbox"/> FLUJO VAGINAL OSCURO, DE MAL OLOR, RASQUÍÑA ARDOR VAGINAL	<input type="checkbox"/> HINCHAZON DE LAS MANOS, PIES O CARA	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PARA HABLAR	<input type="checkbox"/> INTOLERANCIA A LOS ALIMENTOS
<input type="checkbox"/> IRRITABILIDAD	<input type="checkbox"/> LE OBSERVAN LAS PUPILAS, (DEFAULT, EL PUNTITO NEGRO DEL CENTRO DEL OJO.) CON DISTINTO TAMAÑO UNA DE OTRA	<input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA	<input type="checkbox"/> NO SE MUEVE EL BEBÉ	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> PALPITACIONES	<input type="checkbox"/> PERDIDA DE LA CONCIENCIA
<input type="checkbox"/> PERDIDA DE LA MEMORIA	<input type="checkbox"/> SALIDA DE SANGRE O LIQUIDO POR GENITALES	<input type="checkbox"/> SE VE AMARILLO LA PIEL O LOS OJOS	<input type="checkbox"/> SI ESTÁ PERDIENDO EL EQUILIBRIO ESTANDO DE PIE	<input type="checkbox"/> SI PRESENTA SONIDOS FUERTES CON LA RESPIRACIÓN	<input type="checkbox"/> SI SIENTE QUE LE SILBA EL PECHO	<input type="checkbox"/> SI TIENE DOLOR EN EL PECHO
<input type="checkbox"/> SI TIENE SANGRADO O SALIDA DE LIQUIDO POR OÍDOS O NARIZ	<input type="checkbox"/> SI USTED TIENE OSTOMIA , (DEFAULT, COLOSTOMIA, YEYUNOSTOMIA, ILEOSTOMIA.) Y NO TIENE PRODUCIDO DE CONTENIDO FECAL	<input type="checkbox"/> SI VOMITA MÁS DE 4 VECES EN 4 HORAS O ACOMPAÑADO DE SANGRE O EN CONCHO DE CAFÉ	<input type="checkbox"/> ZUMBIDOS EN LOS OÍDOS, VE COCUYOS O VE BORROSO			
<b>OBSERVACION</b>						
<input type="button" value="GUARDAR"/>						

## 6.5.10 Se Entrega Plan de Recomendaciones.

### 2.4. SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES

Al dar clic muestra las recomendaciones relacionadas al diagnóstico de egreso principal y se requiere añadir una diferente da clic en Otra y da clic en **Guardar**.

SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES					
PLAN DE RECOMENDACIONES 13					
<input checked="" type="checkbox"/> Otra					
OTRA RECOMENDACIÓN					
<b>RECOMENDACIONES DEL DIAGNOSTICO ( I10X- HIPERTENSION ESENCIAL ( PRIMARIA ) )</b>					
* Consumir alimentos Bajos en Sal	* Realizar ejercicio diariamente	* No tomar Bebidas alcoholicas	* Realizar ejercicio semanalmente	* Valoracion Medica Para Exámenes de Rutina	* Realizarse exámenes periodicos
<input type="button" value="GUARDAR"/>					

El plan de Recomendaciones es almacenado.

**Nota:** Es de carácter obligatorio

### 2.4. SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES  
\* OTRA RECOMENDACIÓN

RECOMENDACIONES POR DIAGNOSTICO (I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA))

- \* Consumir alimentos Bajos en Sal
- \* Realizar ejercicio diariamente
- \* No tomar Bebidas alcoholicas
- \* Realizar ejercicio semanalmente
- \* Valoracion Medica Para Exámenes de Rutina
- \* Realizarse exámenes periodicos

### 6.5.11 Se da Cita Médica para Control.

Al dar clic muestra las Citas médicas de control sino permite ir a solicitar las interconsultas y da clic en **Guardar**. Lo relacionado a la solicitud de interconsultas se explicó anteriormente en el manual.



### 6.5.12 Se Entrega y Explica Formulación Medica.




Al dar clic permite confirmar la Entrega de la Formulación Medica. Nota: Es de carácter obligatorio



### 6.5.13 Se Remite a su Asegurador para Formulación Medica.

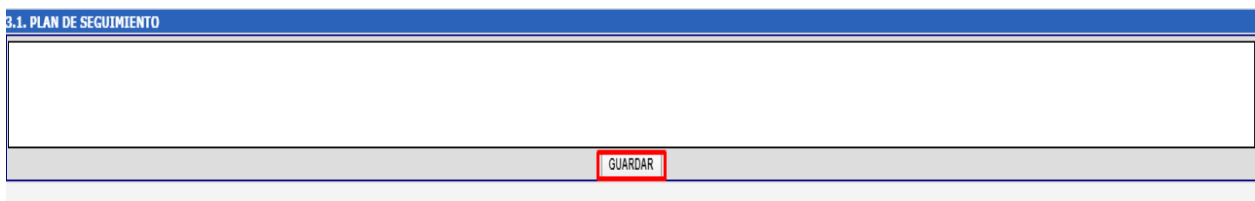


Al dar clic permite seleccionar **SI**, **No** o **No Aplica**.



### 6.5.14 Plan de Seguimiento.

Se registra el Plan de seguimiento y da clic en **Guardar**. La Epicrisis es almacenada.



### 6.5.15 Diagnostico de Egreso

Al dar clic muestra los Diagnósticos de Egreso, permite Incluir o quitar diagnósticos relacionados diferentes al principal de Egreso de la Epicrisis.

3.2. DIAGNOSTICOS DE EGRESO			
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION DIAGNOSTICA	P

DIAGNOSTICOS DE EGRESO				
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO	INCLUIR
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	IMPRESION DIAGNOSTICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### 6.5.16 Causa de Salida

Se selecciona el Tipo Causa, coloca la observación y clic en **Guardar**.

3.3. CAUSA DE SALIDA	
TIPO CAUSA FUGA VOLUNTARIA ORDEN MEDICA FALLECIDO	REMITIDO A <input type="text" value="CAUSA DE SALIDA"/>
<input type="button" value="GUARDAR"/>	

Para Imprimir la Epicrisis se da clic en  y se muestra la opción para imprimirla en Formato HTML o PDF.



## Formato HTML.

EPICRISIS

PACIENTE PACIENTE DE ERIZAS	IDENTIFICACION: 0010302004	INC: 10302004-00
FECHA DE NACIMIENTO: 10/11/66	EDAD: 34 AÑOS	SEXO: F
RESIDENCIA: S.V.A.	CALLE DEL CAJON-CAL	TIPO AFILIADO: 010249
NOMBRE DE ESPONSOR Y PACIENTE: CIROS BARRERA	BARRENECO 002	TELEFONO: 2222033
NOMBRE COMPLEMENTO: CARLOS BARRERA	BARRENECO 002	TELEFONO: 2222033
FECHA INGRESO: 10/10/2010 - 07:17	FECHA EGRESO:	DIAGN:
DEPARTAMENTO: 00208 - URGENCIAS - RETOZO	SERVICIO: URGENCIAS	
CLIENTE: COOSUR EPS	PLAN: URGENTE, COOSUR CONTRATIVO 2010	

**DATOS DEL INGRESO**

- MOTIVO CONSULTA: SE ESTA REALIZANDO UNA PRUEBA PARA ELABORACION DE MANUALES HC
- ESTUDIO GENERAL Y ENTRENAMIENTO ACTUAL ACTUAL: SE ESTA REALIZANDO UNA PRUEBA PARA ELABORACION DE MANUALES HC
- ANTECEDENTES PERSONALES ANTERIORES: ACTIVIDAD FISICA: SI - PRUEBA - TRES VECES POR SEMANA, SI - TRES VECES POR SEMANA
- EXAMEN FISICO: NEUROLOGICO (I) - NORMAL; MALLADOS Y SISTEMAS EVALUADOS CON NORMALIDAD
- ARCHIVOS DIAGNOSTICOS: INTENCION SOLTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, UNIDANALISIS, HEMORRAGIA INTRACRANIAL UNILATERAL, VAL-ABERTA, NEBULIZACION, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTROS ESPECIALIDADES Y MEDICAS, HEMOGRAMA IV, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECIENTE DE ENTRENAMIENTO Y INDICES ENTRENAMIENTO Y LEUCOGRAMA RECIENTE DE PLASMA Y LINDOS (PLASQUETOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTORAMA AUTOMATIZADO)
- DIAGNOSTICO DE INGRESO: CIE10: I10X; DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA); TIPO DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA; PRIARIO: P

**DATOS DE LA EVOLUCION**

- DATOS DE LA EVOLUCION: 2010-10-10 SI SE PROFESIONAL- MEDICO PRUEBAS ANALISIS JUSTIFICACION ANALISIS INTER- ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTERPRETACION INTER- ESTUDIOS GENETICOLOGIA- INTERPRETACION
- MEDICAMENTOS: LOSERANOL
- DATOS DEL EGRESO: PLAN DE SEGUIMIENTO: SE RESERVA PLAN DE RECOMENDACIONES; DIAGNOSTICO DE EGRESO: CIE10: I10X; DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA); TIPO DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA; PRIARIO: P
- CAUSA DE SALIDA: TIPO CAUSA: VOLUNTARIA; REMISIVO A CAUSA DE SALIDA: RIESGO DE CAIDA: AJO; RIESGO DE ULCERAS POR PRESION: SI - SI; RIESGO DE ALERGIAS: NO JURIS; RECOMENDACIONES GENERALES: OTRAS RECOMENDACION: RECOMENDACIONES POR DIAGNOSTICO (I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)):
  - Consumir alimentos Bajos en sal
  - Realizar ejercicio aerobico
  - No tomar bebidas alcoholicas
  - Realizar ejercicio aerobico
  - Visitaron Medica Para Examen de Rutina
  - Realizar examen de rutina
- SE ENTREGA Y EXPLICA LA FORMULACION MEDICA SI TIENE FORMULA MEDICA.
- SE REMITE A SU ASESORADOR PARA FORMULACION MEDICA INAPLICABLE.

## 7. TERAPIAS DE REHABILITACION

Al dar clic en **Terapias de Rehabilitación** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 61



Figura 61 – Menú Terapias de Rehabilitación

### 7.1 Terapias de Recuperación

Al dar clic en **TERAPIAS DE REHABILITACION** permite al profesional cuando considere necesario registrar algún tipo de terapia que el paciente requiera y da clic en **Insertar**. Figura 62

NOTAS FISIOTERAPIAS

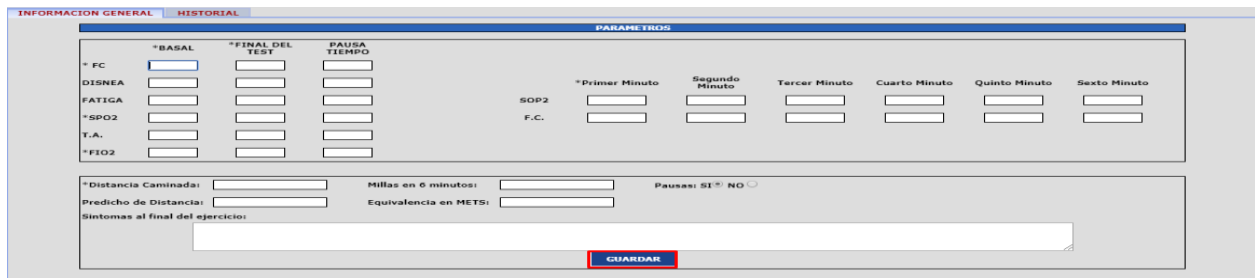
NO HAY RESUMEN PARA ESTE PACIENTE

Figura 62 – Terapias de Recuperación

## 7.2 Test de Caminata

Al dar clic en **TERAPIAS DE REHABILITACION** **Test De Caminata** permite registrar al profesional el test de los 6 minutos para los pacientes que lo requieran para la enfermedad respiratorias crónica que presenten. Registra la información y da clic en **Guardar**. Figura 63.

Nota: Los campos marcados con (\*) son de Carácter obligatorio.



The screenshot shows a web form titled 'PARAMETROS' under the 'HISTORIAL' tab. It contains several input fields for recording test results:

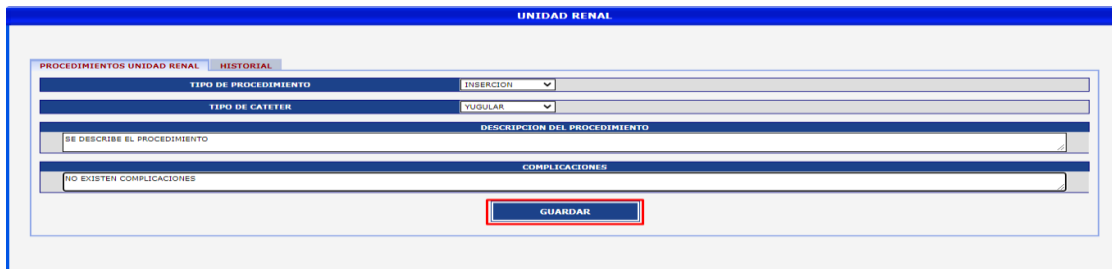
- Fields for \*FC, \*BASAL, \*FINAL DEL TEST, and PAUSA TIEMPO.
- Fields for DISNEA, FATIGA, \*SPO2, T.A., and \*FEQ2.
- Fields for \*Primer Minuto, Segundo Minuto, Tercer Minuto, Cuarto Minuto, Quinto Minuto, and Sexto Minuto.
- Fields for SPO2 and F.C.
- Fields for \*Distancia Caminada, Millas en 6 minutos, and Pausas: SI/NO.
- Fields for Predicho de Distancia and Equivalencia en METS.
- A text area for Sintomas al final del ejercicio.
- A red-bordered **GUARDAR** button at the bottom.

Figura 63 – Test de Caminata

## 8. UNIDAD RENAL.

Al dar clic en **Unidad Renal Procedimientos** **UNIDAD RENAL** **Procedimientos** permite registrar al profesional los procedimientos efectuados en la unidad renal a los pacientes. Debe registrar:

- ✓ Tipo de Procedimiento: Inserción o Retiro.
- ✓ Tipo de Catéter: Yugular, Femoral o Peritoneal.
- ✓ Descripción del Procedimiento.
- ✓ Complicaciones. Y clic en Guardar. Figura 64.



The screenshot shows a web form titled 'UNIDAD RENAL' under the 'PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL' tab. It contains several input fields for recording procedure details:

- A dropdown menu for TIPO DE PROCEDIMIENTO (currently showing 'INSERCIÓN').
- A dropdown menu for TIPO DE CATER (currently showing 'YUGULAR').
- A text area for SE DESCRIBE EL PROCEDIMIENTO.
- A text area for COMPLICACIONES.
- A red-bordered **GUARDAR** button at the bottom.

Figura 64 – Unidad Renal Procedimientos.

Para visualizar el **Histórico** de procedimientos de Unidad Renal debe dar clic en Ver como se muestra a Continuación. Figura 65.

UNIDAD RENAL				
PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL				HISTORIAL
EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OP	
6266209	2020-07-02	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	<input type="button" value="VER"/>	

**Figura 65 – Historial de Procedimientos Unidad Renal.**

Se visualiza el histórico.

UNIDAD RENAL											
PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL											
HISTORIAL											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO DE PROCEDIMIENTO</th> <th>INSERCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TIPO DE CATETER</td> <td>YUGULAR</td> </tr> <tr> <td>DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</td> <td>SE DESCRIBE EL PROCEDIMIENTO</td> </tr> <tr> <td>COMPLICACIONES</td> <td>NO EXISTEN COMPLICACIONES</td> </tr> </tbody> </table>	TIPO DE PROCEDIMIENTO	INSERCIÓN	TIPO DE CATETER	YUGULAR	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	SE DESCRIBE EL PROCEDIMIENTO	COMPLICACIONES	NO EXISTEN COMPLICACIONES	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL	
TIPO DE PROCEDIMIENTO	INSERCIÓN										
TIPO DE CATETER	YUGULAR										
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	SE DESCRIBE EL PROCEDIMIENTO										
COMPLICACIONES	NO EXISTEN COMPLICACIONES										
PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL											
<input type="button" value="CERRAR [X]"/>											

Para Regresar clic en **Cerrar**.

## 9. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Al dar clic en   permite registra al profesional cuando se entrega y se explica al paciente los consentimientos informados para que sean firmados. Además le permite visualizar la confirmación e Historial. Figura 66

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS		
<input type="button" value="SOLICITUD CONSENTIMIENTOS"/>	<input type="button" value="CONFIRMACION CONSENTIMIENTOS"/>	<input type="button" value="HISTORIAL"/>

**Figura 66 – Consentimientos Informados**

## 10. ANESTESIOLOGIA.

Al dar clic en **Anestesiología** **ANESTESIOLOGIA** **Anestesiología** Permite registrar la valoración pre-anestésica del paciente, para lo cual permite visualizar y registrar la información de:

- ✓ **Signos Vitales y Diagnostico Ingreso.**

EVALUACIÓN PREANESTESICA															
SIGNOS VITALES															
FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIC	PIA	PESO (Kg)	TALLA (cm)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.			SAT O <sub>2</sub>
2020-03-01	00:00:00	--	93	18	--	--	--	50.00	0	220 / 61	114	Miembro Superior Derecho (NINIV)			36.80
PPS	PPD	PPH	PCP	PAM	GC	PPC	SC	IC	IS	IRVS	IRVP	ITVI	ITVO		
--	--	--	--	114.00	--	--	--	--	--	--	--	--	--		

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E878	OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J159	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N189	ENFERMEDAD RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

IMPRESION DIAGNOSTICA    
  CONFIRMADO NUEVO    
  CONFIRMADO REPETIDO

CODIGO:     
 DIAGNOSTICO:     
 BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS     
 BUSQUEDA

- ✓ **Agregar Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos.**

PROCEDIMIENTOS QX			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
PROCEDIMIENTOS NO QX			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	@530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	Borrar

**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS**  
 BUSQUEDA AVANZADA  
 TIPO:     
 CARGO:     
 DESCRIPCION:     

- ✓ **Cardo Vascular.**

CARDIO VASCULAR					
<input checked="" type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Arritmia		
<input type="checkbox"/> ICC	<input checked="" type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> Valvulopatía	<input type="checkbox"/> Soplo		
<input type="checkbox"/> Claudicación	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa	<input type="checkbox"/> Tromboflebitis	<input type="checkbox"/> Accesos venosos		
<input type="checkbox"/> Calse NYHA	<input type="checkbox"/> OTRO <input type="text"/>				

OBSERVACION

SE COLOCA LA OBSERVACIÓN

- ✓ **Respiratoria.**

RESPIRATORIO					
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> ASMA	<input checked="" type="checkbox"/> TOS	<input type="checkbox"/> INFECCION RECIENTE		
<input type="checkbox"/> DISNEA	<input type="checkbox"/> CIGARRILLO TBC	<input type="checkbox"/> OBSTRUCCION VIA AEREA	<input type="checkbox"/> ESRUTO		
<input type="checkbox"/> CIFOESCOLIOSIS	<input type="checkbox"/> OTRO <input type="text"/>				

OBSERVACION

SE COLOCA LA OBSERVACIÓN

✓ **Metabólico**

<input checked="" type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> TIROIDES	<b>METABÓLICO</b>		<input type="checkbox"/> PARATIROIDES	<input type="checkbox"/> ADRENAL ESTEROIDES
<input checked="" type="checkbox"/> OBESIDAD	<input type="checkbox"/> OTRO				
<b>OBSERVACION</b>					

✓ **Gastrointestinal**

<b>GASTROINTESTINAL</b>	
<b>OBSERVACION</b>	
GASTROINTESTINAL	

✓ **Renal**

<b>RENAL</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> DIALISIS	<input type="checkbox"/> DIURETICOS	<input type="checkbox"/> INFECCION	<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA
<input type="checkbox"/> OTRO			
<b>OBSERVACION</b>			
OBSERVACION			

✓ **Neurológico**

<b>NEUROLÓGICO</b>			
<input type="checkbox"/> ACV	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input checked="" type="checkbox"/> Estado Mental	<input type="checkbox"/> Glasgow
<input type="checkbox"/> Guillan Barre	<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> OTRO	
<b>OBSERVACION</b>			
OBSERVACION			

✓ **Musculo Esquelético**

<b>MUSCULO ESQUELETICO</b>			
<input type="checkbox"/> Cifoescoliosis	<input type="checkbox"/> Miastenia	<input checked="" type="checkbox"/> Tetanos	<input type="checkbox"/> OTRO
<b>OBSERVACION</b>			
OBSERVACION			

✓ **Hematológico**

<b>HEMATOLÓGICO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Reaccion a Transfucion
<input type="checkbox"/> OTRO			
<b>OBSERVACION</b>			
OBSERVACION			

✓ **Hepático**

<b>HEPÁTICO</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ictericas vias biliares	<input type="checkbox"/> OTRO
<b>OBSERVACION</b>			
OBSERVACION			

✓ **Otros**

<input type="checkbox"/> PREANESTESICO OTROS	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Testigo de Jehova	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Drogradiccion	<input type="checkbox"/> Raza	<input checked="" type="checkbox"/> OTRO
<b>ALERGIAS</b>						
ALERGIAS						
<b>ANESTESIAS PREVIAS</b>						
PREVIAS						
<b>PREDICCIÓN INTUBACIÓN</b>						
INTUBACION						
<b>DROGAS</b>						
NINGUNA						
<b>RESULTADOS EXAMENES PREVIOS</b>						
NINGUNO						

✓ **Gineco - Obstétricos**

GINECO-OBSTETRICOS	
<input type="checkbox"/> Anovulatorios	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> F.U.M	<input checked="" type="checkbox"/> OTRO PRUEBA
OBSERVACION	

✓ **Exámenes de Laboratorio.** Permite adicionar apoyos diagnósticos, se realiza la búsqueda y clic en Buscar.

EXAMENES DE LABORATORIO			
ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA			
TIPO	TODOS	CARGO:	
DESCRIPCION:	hemograma		Buscar

Selecciona el apoyo diagnostico y clic en ADD.

EXAMENES DE LABORATORIO			
ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA			
TIPO	TODOS	CARGO:	
DESCRIPCION:	hemograma		Buscar
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
BANCO DE SANGRE	@389900	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD	ADD
BANCO DE SANGRE	@911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA	ADD
BANCO DE SANGRE	@911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION EN TUBO	ADD

El apoyo Diagnostico es almacenado.

EXAMENES DE LABORATORIO			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
BANCO DE SANGRE	@911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION EN TUBO	ELIMINAR

Para Eliminar clic en 

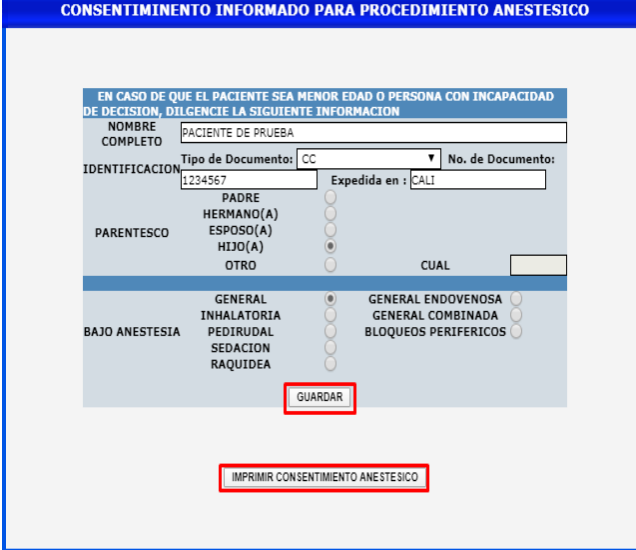
✓ **Índice de Trauma**

INDICE DE TRAUMA	
EL PACIENTE AUN NO PRESENTA INDICES DE TRAUMA	

✓ **Plan Anestésico**

PLAN ANESTESICO	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDEA	<input type="checkbox"/> GENERAL	<input type="checkbox"/> SEDACION	<input type="checkbox"/> BLOQUEO
ASA					
1	2	3	4	5	
RESERVA DE SANGRE					
UNIA BOLSA					
PREMEDICACION					
NINGUNA					

Al dar clic en Autoriza el Procedimiento se muestra el consentimiento informado para el Plan Anestésico. Se registra la información y clic en **Guardar**. Figura 67



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO**

EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR EDAD O PERSONA CON INCAPACIDAD DE DECISION, DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACION

NOMBRE COMPLETO: PACIENTE DE PRUEBA

IDENTIFICACION: Tipo de Documento: CC No. de Documento: 1234567 Expedida en: CALI

PARENTESCO:
 

- PADRE
- HERMANO(A)
- ESPOSO(A)
- HIJO(A)
- OTRO

 CUAL:

BAJO ANESTESIA:
 

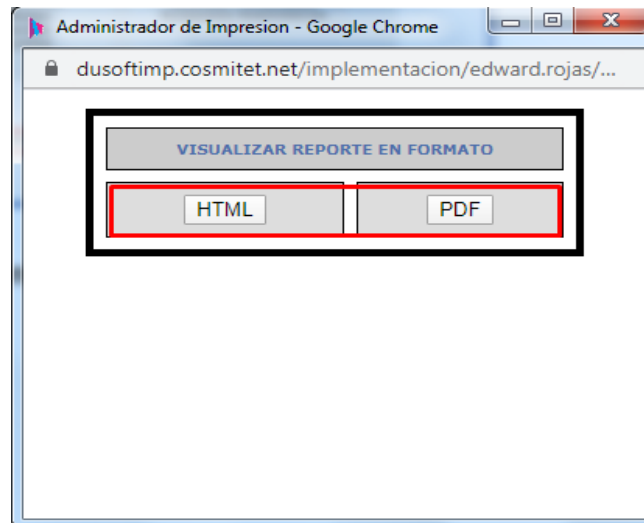
- GENERAL
- INHALATORIA
- PEDIRUDAL
- SEDACION
- RAQUIDEA
- GENERAL ENDOVENOSA
- GENERAL COMBINADA
- BLOQUEOS PERIFERICOS

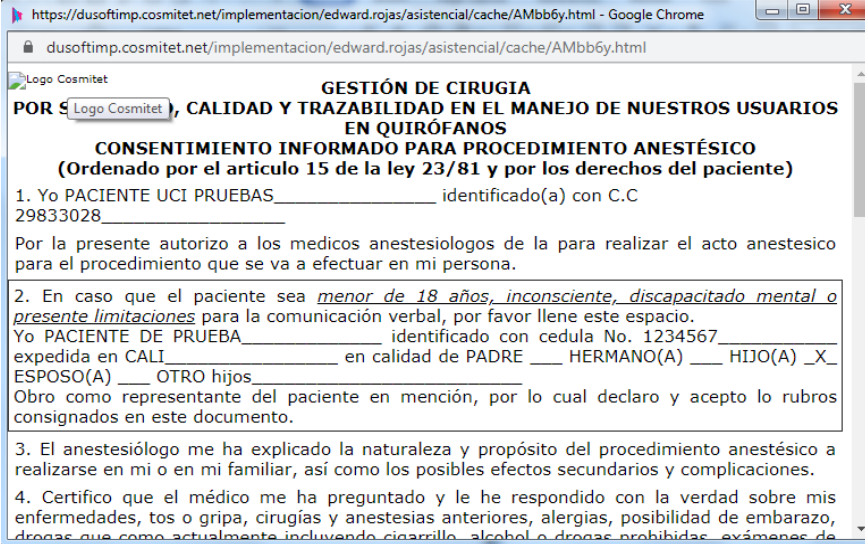
**GUARDAR**

IMPRIMIR CONSENTIMIENTO ANESTESICO

**Figura 67 – Evaluación Pre anestésica.**

Para imprimir da clic en Imprimir Consentimiento Informado.





https://dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial/cache/AMbb6y.html - Google Chrome

dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial/cache/AMbb6y.html

Logo Cosमितet

**GESTIÓN DE CIRUGIA**  
**POR S** Logo Cosमितet, **CALIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL MANEJO DE NUESTROS USUARIOS EN QUIRÓFANOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**  
**(Ordenado por el artículo 15 de la ley 23/81 y por los derechos del paciente)**

1. Yo PACIENTE UCI PRUEBAS \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C 29833028 \_\_\_\_\_  
Por la presente autorizo a los medicos anestesiologos de la para realizar el acto anestésico para el procedimiento que se va a efectuar en mi persona.

2. En caso que el paciente sea menor de 18 años, inconsciente, discapacitado mental o presente limitaciones para la comunicación verbal, por favor llene este espacio.  
Yo PACIENTE DE PRUEBA \_\_\_\_\_ identificado con cedula No. 1234567 \_\_\_\_\_ expedida en CALI \_\_\_\_\_ en calidad de PADRE \_\_\_ HERMANO(A) \_\_\_ HIJO(A) \_\_\_ X \_\_\_ ESPOSO(A) \_\_\_ OTRO hijos \_\_\_\_\_  
Obro como representante del paciente en mención, por lo cual declaro y acepto lo rubros consignados en este documento.

3. El anestésico me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse en mi o en mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones.

4. Certifico que el médico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos o gripa, cirugías y anestésias anteriores, alergias, posibilidad de embarazo, drogas que como actualmente incluyendo cigarrillo, alcohol o drogas prohibidas, exámenes de

Para Almacenar la Evaluación Pre anestésica da Clic en Guardar.

GUARDAR

## 11. ECOCARDIOGRAMAS

Al dar clic en **Ecocardiogramas** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 68

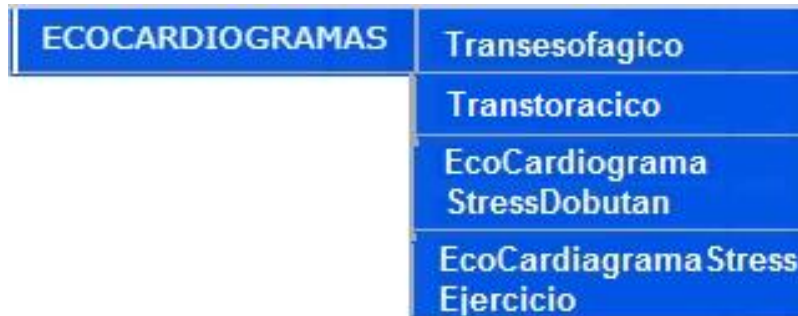


Figura 68 – Menú Eco cardiogramas

### 11.1 Trasesofagico

Al dar clic en **ECOCARDIOGRAMAS** **Trasesofagico** Permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 69

ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO   HISTORIAL	
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
Estudio realizado por:	Medico de Pruebas Duroft - MEDICO GENERAL
Indicacion:	Evaluación de función ventricular
Equipo:	GE Vivid-7
Presentación:	Previa explicación del procedimiento, su indicación, riesgos y alternativas se firma consentimiento informado y se aplica lidocaina spray bucal, lidocaina jalea y midazolam XX mg IV. Procedimiento realizado sin complicaciones.
Ritmo:	Sinusal
Venas Cavas:	Drenando a la aurícula derecha, vena cava inferior normal con colapso inspiratorio mayor del 50%
Aurícula Derecha:	Normal, aurícula normal sin trombos - Leve crecimiento sin trombos, aurícula sin trombos
Válvula Tricúspide:	Con trazas de insuficiencia que no permite cálculo de PSAP - Con insuficiencia leve que permite cálculo de presión sistólica de arteria pulmonar alrededor de <b>XXmmHg</b>
Ventriculo Derecho:	Normal no dilatado, con función longitudinal preservada, sin trastornos de contractilidad - Levemente dilatado, con función longitudinal preservada, sin trastornos de contractilidad.
Válvula Pulmonar:	Anillo de diámetro normal (XXmm) - Dilatada (diámetro XXmm)
Arteria Pulmonar y ramas:	Normales - Dilatadas (Derecha XXmm, izquierda XXmm)
Septum Interventricular:	Integro, Redundante en su movimiento sin criterios de aneurisma (desplazamiento XXmm), Con desplazamiento aneurismatico (XXmm). Foramen oval no permeable y sin paso de solución agitada con maniobras de Valsalva.
Septum Interventricular:	Integro
Venas pulmonares:	4 venas en posición usual drenando a la aurícula izquierda
Aurícula Izquierda:	Normal sin trombos, aurícula normal con velocidad de barrido normal (XXcm/s) - Leve crecimiento sin trombos, aurícula de forma usual sin trombos y velocidad de barrido cm/s (normal)
Válvula Mitrál:	Anillo anteroposterior/lateral de diámetro normal (XX/XXmm), festones sin prolapso y normales, aparato subvalvular normal - Leve engrosamiento de sus festones (XXmm) sin estenosis e insuficiencia de grado leve, aparato subvalvular normal.
Ventriculo Izquierdo:	De forma y tamaño normal, grosor normal de sus paredes - Con remodelado concéntrico - con hipertrofia concéntrica de sus paredes, función sistólica y volúmenes preservados (a PE se estimó por el método volumétrico de Simpson Modificado). Sin trastornos segmentarios de la contractilidad ni gradiente obstructivo en el tracto de salida. El flujo Doppler mitral, el flujo Doppler mitral septal/lateral y el volumen de la aurícula izquierda muestran un patrón de llenado diastólico normal para la edad - signos indirectos de disfunción diastólica por trastorno de la relajación.
Válvula Aórtica:	Trivalve, adecuada movilidad de sus velos sin estenosis o insuficiencia. Anillo XXmm, senos XXmm, unión sinotubular XXmm.
Aorta:	Ascendente no dilatada (XXmm), cayado aórtico normal, descendente sin coartación - cayado aórtico con placas ateromatosas no complejas (menores de 3mm), descendente sin coartación
Pericardio:	Normal
Conduccion:	Durante el estudio se encuentra sinusal, sin extrasístoles o arritmias.
Conclusiones:	1 VENTRICULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, GROSOR DE SUS PAREDES NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA, DIASTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS 1 CARDIOPATIA HIPERTENSIVA CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS, DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. 1 REMODELACIÓN CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO QUE NO ESTÁ DILATADO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS CON DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. 2 SIN TRASTORNOS SIGNIFICATIVOS DE LA CONTRACTILIDAD NI GRADIENTE OBSTRUCTIVO EN EL TRACTO DE SALIDA. 1 VENTRÍCULO DERECHO NORMAL NO DILATADO CON FUNCIÓN LONGITUDINAL PRESERVADA, SIN TRASTORNOS SIGNIFICATIVOS DE HIPERTROFIA DEL MIOCARDIO.
Recomendaciones:	Los resultados de este estudio muestran la anatomía y función de las estructuras cardiacas a través de su visualización desde el esófago, su resultado debe ser interpretado con el médico tratante para la toma de decisiones.

Registrar los resultados y dar clic en **Guardar**.

PESO	TALLA	FRECUENCIA	TENSION ARTERIAL	
70.00 Kg.	1170 Cm.	35 X min.	110 / 70	SITIO: Miembro Superior Derecho(NVV)

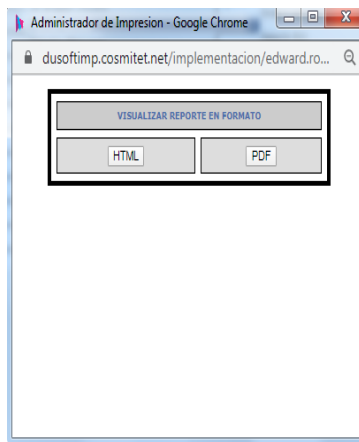
MEDIDAS GENERALES				
Modo M - 2D	Volúmenes - Doppler	Doppler - Tisular - Strain	Doppler - Tisular	Doppler - Tisular
Reiz Aórtica (mm)	1	AI Simpson (mL/m <sup>2</sup> )	1	Válvula Mitral
Aur. Iz Ant-Post (mm)	1	AO Simpson (mL/m <sup>2</sup> )	1	Onda E (cm/seg)
Pared Anteroseptal (mm)		<b>Válvula Aórtica</b>		Onda A (cm/seg)
Diam. Diastólico (mm)		Diámetro TSVI (mm)		Relación E/A
Diam. Sistolico (mm)		VTI Tracto salida (cm)		T. Desaceleración (ms)
Pared Inferolateral (mm)		Diám Anillo Aórt (mm)		T. Hemipresión (ms)
Espesor Relativo Pared		V. max. Aórtica (m/seg)		Vel. A (mseg)
Índice de masa (g/m <sup>2</sup> )		VTI Aórtico (cm)		Vel. Ar (mseg)
VFD Simpson Mod (mL)	1	<b>Válvula Pulmonar</b>		Onda s(prom) cm/s
VFS Simpson Mod (mL)		Diám. TSVD (mm)		Onda e(prom) cm/s
MAPSE (mm)		V. Max Pulm (m/seg)		Onda a(prom) cm/s
Acort. Fraccional (%)		VTI Pulmonar (cm)		Relación E/e
Fracción Eyección VI (%)		T. Acelerac. (mseg)		Def. Long. Global (%)

**Guardar**

**Figura 69 – Transesofagico**

Para Editarlo clic en el Botón **Guardar** Cambia a **Actualizar** Actualizar

Para Imprimir clic en Imprimir y muestra los formatos de Impresión HTML o PDF.



Se genera la impresión.

[IMAGE]

**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO NO INVASIVO  
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO DOPPLER COLOR  
URGENCIAS - REY DAVID REY DAVID - CALI-COSMITET LTDA**

NOMBRE	DE PRUEBAS PACIENTE			CC:	1030522904		FECHA	2020-03-31	
ENTIDAD	COOMEVA EPS			TELEFONO	NA-322568974	EDAD	34 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO PRUEBAS	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	1170	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Miembro Superior Derecho(NINV)				
UNIDAD					PORTATIL		HORA:	08:53:46	

Equipo : GE VIVID-I

Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS

Premedicacion : Previa explicación del procedimiento, su indicación, riesgos y alternativas se firma consentimiento informado y se aplica lidocaina spray bucal, lidocaina jalea y midazolam XX mg IV. Procedimiento realizado sin complicaciones

Ritmo : Sinusual

Medidas Generales

Permite visualizar el **Histórico**.

ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO						
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO						HISTORIAL
ECOCARDIOGRAMAS REALIZADOS						
TIPO ECOCARDIOGRAMA	FECHA	PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	NUMERO EVOLUCION	SERVICIO	IMPRIMIR
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO DOPPLER COLOR	2020-03-31 09:07:45	medico.urgepruebas	MEDICO GENERAL	6265770	URGENCIAS - REY DAVID	Imprimir

## 11.2. Transtoracico

Al dar clic en **ECOCARDIOGRAMAS** **Transtoracico** Permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 70

ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO   HISTORIAL	
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
Estudio realizado por:	Medico de Pruebas Duroft - MEDICO GENERAL
Indicacion:	Evaluación de función ventricular
Equipo:	GE Vivid-7
Presentacion:	Previa explicación del procedimiento, su indicación, riesgos y alternativas se firma consentimiento informado y se aplica lidocaina spray bucal, lidocaina jalea y midazolam XX mg IV. Procedimiento realizado sin complicaciones.
Ritmo:	Sinusal
Venas Cavas:	Drenando a la aurícula derecha, vena cava inferior normal con colapso inspiratorio mayor del 50%
Aurícula Derecha:	Normal, aurícula normal sin trombos - Leve crecimiento sin trombos, aurícula sin trombos
Válvula Tricúspide:	Con trazas de insuficiencia que no permite cálculo de PSAP - Con insuficiencia leve que permite cálculo de presión sistólica de arteria pulmonar alrededor de <b>XXmmHg</b>
Ventriculo Derecho:	Normal no dilatado, con función longitudinal preservada, sin trastornos de contractilidad - Levemente dilatado, con función longitudinal preservada, sin trastornos de contractilidad.
Válvula Pulmonar:	Anillo de diámetro normal (XXmm) - Dilatada (diámetro XXmm)
Arteria Pulmonar y ramas:	Normales - Dilatadas (Derecha XXmm, izquierda XXmm)
Septum Interventricular:	Integro, Redundante en su movimiento sin criterios de aneurisma (desplazamiento XXmm), Con desplazamiento aneurismatico (XXmm). Foramen oval no permeable y sin paso de solución agitada con maniobras de Valsalva.
Septum Interventricular:	Integro
Venas pulmonares:	4 venas en posición usual drenando a la aurícula izquierda
Aurícula Izquierda:	Normal sin trombos, aurícula normal con velocidad de barrido normal (XXcm/s) - Leve crecimiento sin trombos, aurícula de forma usual sin trombos y velocidad de barrido cm/s (normal)
Válvula Mitrál:	Anillo anteroposterior/lateral de diámetro normal (XX/XXmm), festones sin prolapso y normales, aparato subvalvular normal - Leve engrosamiento de sus festones (XXmm) sin estenosis e insuficiencia de grado leve, aparato subvalvular normal.
Ventriculo Izquierdo:	De forma y tamaño normal, grosor normal de sus paredes - Con remodelado concéntrico - con hipertrofia concéntrica de sus paredes, función sistólica y volúmenes preservados (a PE se estimó por el método volumétrico de Simpson Modificado). Sin trastornos segmentarios de la contractilidad ni gradiente obstructivo en el tracto de salida. El flujo Doppler mitral, el flujo Doppler mitral septal/lateral y el volumen de la aurícula izquierda muestran un patrón de llenado diastólico normal para la edad - signos indirectos de disfunción diastólica por trastorno de la relajación.
Válvula Aórtica:	Trivalve, adecuada movilidad de sus velos sin estenosis o insuficiencia. Anillo XXmm, senos XXmm, unión sinotubular XXmm.
Aorta:	Ascendente no dilatada (XXmm), cayado aórtico normal, descendente sin coartación - cayado aórtico con placas ateromatosas no complejas (menores de 3mm), descendente sin coartación
Pericardio:	Normal
Conduccion:	Durante el estudio se encuentra sinusal, sin extrasístoles o arritmias.
Conclusiones:	1 VENTRICULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, GROSOR DE SUS PAREDES NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA, DIASTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS 1 CARDIOPATIA HIPERTENSIVA CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS, DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. 1 REMODELACIÓN CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO QUE NO ESTÁ DILATADO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS CON DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. 2 SIN TRASTORNOS SIGNIFICATIVOS DE LA CONTRACTILIDAD NI GRADIENTE OBSTRUCTIVO EN EL TRACTO DE SALIDA. 1 VENTRÍCULO DERECHO NORMAL NO DILATADO CON FUNCIÓN LONGITUDINAL PRESERVADA, SIN CAJILAR PSAP - SIN SIGNOS INDIRECTOS DE HIPERTROFIA DE LA MITRAL.
Recomendaciones:	Los resultados de este estudio muestran la anatomía y función de las estructuras cardiacas a través de su visualización desde el esófago, su resultado debe ser interpretado con el médico tratante para la toma de decisiones.

Se registrar los resultados y dar clic en **Guardar**.

PESO	TALLA	FRECUENCIA	TENSION ARTERIAL	
70 Kg.	170 Cm.	35 X min.	110 / 70	SITIO Arterial Umbilical(INV)

MEDIDAS GENERALES				
Modo M - 2D	Volúmenes - Doppler	Doppler - Tisular - Strain	Doppler - Tisular	Doppler - Tisular
Raiz Aórtica (mm)	2	<b>Válvula Mitrál</b>	<b>Válvula tricuspide</b>	
Aur. Iz Ant-Post (mm)	AI Simpson (mL/m <sup>2</sup> )	Onda E (cm/seg)	Onda E (cm/seg)	
Parad Anteroseptal (mm)	AD Simpson (mL/m <sup>2</sup> )	Onda A (cm/seg)	Onda A (cm/seg)	
Diam. Diastólico (mm)	<b>Válvula Aórtica</b>	Relación E/A	Onda s cm/s	
Diam. Sistólico (mm)	Diámetro TSVI (mm)	T Desaceleración (ms)	Onda e cm/s	
Parad Inferolateral (mm)	VTI Tracto salida (cm)	T. Hemipresión (ms)	Vel. Reg. Trious (m/s)	
Espesor Relativo Pared	Diám Anillo Aórt (mm)	Vel A (mseg)	<b>Ventriculo Derecho</b>	
Índice de masa (g/m <sup>2</sup> )	V max Aórtica (m/seg)	Vel Ar (mseg)	Parad Anterolat (mm)	
VFD Simpson Mod (mL)	VTI Aórtico (cm)	Onda s(prom) cm/s	TAPSE (mm)	2
VFS Simpson Mod (mL)	<b>Válvula Pulmonar</b>	Onda e(prom) cm/s	Diam Basal (mm)	
MAPSE (mm)	Diám. TSVD (mm)	Onda s(prom) cm/s	Diámetro medio (mm)	
Acort. Fraccional (%)	V. Max Pulm (m/seg)	Relación E/e	Área Camb Fracc (%)	
Fracción Eyeción VI (%)	VTI Pulmonar (cm)	Def. Long. Global (%)	Vena cava Inf (mm)	
	T. Acelerac. (mseg)			

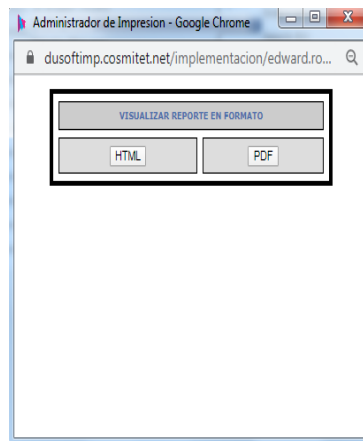
**Guardar**

**Figura 70 – Transtoracico**

Para Editarlo clic en el Botón **Guardar** Cambia a **Actualizar**

**Actualizar**

Para Imprimir clic en **Imprimir** y muestra los formatos de Impresión HTML o PDF.



Se genera la impresión.

**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO NO INVASIVO  
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO MODO M Y BD DOPPLER COLOR  
URGENCIAS - REY DAVID REY DAVID - CALI-COSMITET LTDA**

NOMBRE	DE PRUEBAS PACIENTE			CC:	1030522904		FECHA	2020-03-31	
ENTIDAD	COOMEVA EPS			TELEFONO	NA-322568974	EDAD	34 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO PRUEBAS	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	170	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Arterial Umbilical(INV)				
UNIDAD					PORTATIL			HORA:	09:24:29

**Equipo: GE VIVIDI**  
**Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS**  
**Ventana Acustica : Adecuada**  
**Ritmo : Sinusual**  
**Medidas Generales**

Permite visualizar el **Histórico**.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO MODO M, BIDIMENSIONAL CON DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR						
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO MODO M, BIDIMENSIONAL CON DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR						HISTORIAL
ECOCARDIOGRAMAS REALIZADOS						
TIPO ECOCARDIOGRAMA	FECHA	PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	NUMERO EVOLUCION	SERVICIO	IMPRIMIR
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO MODO M, BIDIMENSIONAL CON DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR	2020-03-31 09:24:29	medico.urgepruebas	MEDICO GENERAL	6265770	URGENCIAS - REY DAVID	<a href="#">Imprimir</a>

### 11.3. Ecocardiograma StressDobutan

Al dar clic en [ECOCARDIOGRAMAS](#) [EcoCardiograma StressDobutan](#) permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 71

**ECG CARDIOGRAMA STRESS - DOBUTAMINA**

**ECG CARDIOGRAMA STRESS - DOBUTAMINA**

<b>Estudio realizado por:</b>	Módulo de Pruebas Queri - MEDICO GENERAL
<b>Indicación:</b>	Estudio funcional de la vía de la arteria coronaria anterior
<b>Examen:</b>	DE VECID :
<b>Edad:</b>	57 años
<b>Preparación para el estudio:</b>	Prueba evaluación del procedimiento, alternativas, beneficios de realizarlo, complicaciones, se firma consentimiento informado y se realiza un consentimiento
<b>Verifica ecografía:</b>	Adecuada
<b>ECG BASAL:</b>	Ritmo sinusal normal, sin cambios del ST
<b>ECG DOSIS BAJAS:</b>	Aumento amplitud de la onda T en todos los segmentos analizados
<b>ECG DOSIS MED:</b>	Se observa un aumento amplitud de la onda T en todos los segmentos analizados, la PRV aumenta al 100%, no hay cambios en las ondas ni presencia de gradiente obstructivo en el trazo del trazo de salida. La función ventricular derecha mejora
<b>ECG DOSIS ALTA:</b>	Teoría sinusal, sin cambios del ST
<b>ECG RECUPERACIÓN:</b>	Todos los segmentos vuelven a la normalidad basal
<b>ECG RECUPERACIÓN:</b>	Similar al reposo
<b>Comentarios:</b>	Protocolo de prueba con DOBUTAMINA/ATROPINA, elevando el 100% de la frecuencia cardíaca máxima esperada para la edad, sin respuesta presor y arritmias normales, suando sintomático. No se presentan arritmias en el presente estudio. La prueba se ejecutó normal para cambio del ST inducida por el estrés farmacológico.
<b>Conclusiones:</b>	ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS CON DOBUTAMINA/ATROPINA MÁXIMO NEGATIVO PARA LA INDUCCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA
<b>Otros:</b>	1. PRUEBA FARMACOLÓGICAMENTE NEGATIVA PARA CAMBIOS DEL ST, DURANTE ABANDONO Y SIN INDUCCIÓN DE ARRITMIAS 2. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, PARED NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA PRESERVADA SIN TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD, AURÍCULAS NORMALES, SIN VALVULOPATIAS, CÁLDICES DERECHOS NORMALES SIN CÁLCULOS REAF, GRANDES VASOS Y PERICARDIO NORMALES. EN ESTUDIOS DE SIMULACIÓNE EFECTIVOS EN EL PRESENTE ESTUDIO 3. CARDIOGRAMA HIPERTENSIVO CON VENTRÍCULO IZQUIERDO NO DILATADO, HIPERTROFIA CONCENTRICA DE SUS PAREDES, AUMENTO SISTÓLICA PRESURADA Y DISMINUCIÓN DIASTÓLICA TIPO I, DISCREPANCIA AURICULAR IZQUIERDO, INSUFICIENCIA MITRAL LEVE DISCREPANCIA SIN PERICARDIO, HIPERTROFIA DE LA CÁLDICE DERECHA CON CÁLCULOS REAF, CÁLDICE IZQUIERDO Y PERICARDIO NORMAL. SIN CORONARIOPATIA VISIBLE EN ESTUDIOS DE ESTRESIS FARMACOLÓGICA
<b>Recomendaciones:</b>	Los resultados de esta prueba muestran la anatomía y función de las estructuras cardíacas a través de la visualización de imágenes desde el parol del tórax, su resultado debe ser interpretado con el médico tratante para la toma de decisiones. La remediación sintomática se un paso previo a la hipertrofia ventricular izquierda.
<b>ECG BASAL:</b>	Visualización adecuada de forma y tamaño normal, gran normal de sus paredes. No dilatación con remodelación hipertrofia ventricular de sus paredes. Función sistólica y volúmenes normales (FVI calculado por método de volúmenes de Simpson Modificado y por Área SP). PRV: 100%. Sin trastornos de la contractilidad segmentaria ni gradiente obstructivo en trazo de salida. ST Trazo de salida normal, el diámetro de la arteria coronaria anterior lateral y el volumen de la arteria coronaria muestran un patrón de llenado diastólico normal para la edad. Aproximadamente 50% de la diámetro diastólico por tratamiento de la relajación. Análisis de la prueba: una respuesta normal inducida (límite de reposo 100ml/min). Sin valvulopatias relevantes. Una miocardiopatía leve de tipo obstructivo en diámetro relevante del arte. Cardiacas derechos normales con función ventricular preservada en poder evaluar REAF. Ventriculo derecha hipertrofia no dilatación con función preservada y séculos de REAF alrededor de 10mmHg (10 pulmonar leve). Arterio no dilatación, pericardio normal.

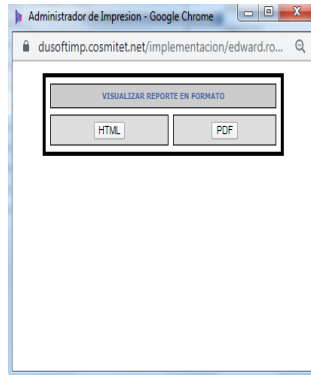
Se registrar los resultados y dar clic en **Guardar**.

PESO		TALLA		FRECUENCIA		TENSION ARTERIAL	
70 Kg.		170 Cm.		36 X min.		110 / 70 SITIO: Miembro Superior Derecho(NINV)	
MEDIDAS GENERALES							
Radio Aórtica (mm)	12	Índice de masa (g/m <sup>2</sup> )		Dobutamina/atropina TA		Dobutamina/atropina FC	
AI Diámetro AP (mm)		VFD Reposo (mL)		Reposo		Reposo	
P. Anterocapital (mm)		VFS Reposo (mL)		5mg/kg/min		5mg/kg/min	
Diámetro Diast. (mm)	12	FE reposo (%)		10mg/kg/min		10mg/kg/min	
Diámetro Sist. (mm)		FE máximo (%)		20mg/kg/min		20mg/kg/min	
P. Inferolateral (mm)				30mg/kg/min		30mg/kg/min	
Espesor Relativo Pared				40mg/kg/min		40mg/kg/min	
				Protocolo Bruce TA		Protocolo Bruce FC	
				Reposo		Reposo	
				X1mg Atrop.		X1mg Atrop.	
				Doble Producto		Doble Producto	
				En reposo		En reposo	
				En ejercicio máximo		En ejercicio máximo	
<b>Guardar</b>							

Figura 71 – Ecocardiograma StressDobutan

Para Editarlo clic en el Botón **Guardar** Cambia a **Actualizar** Actualizar

Para Imprimir clic en Imprimir y muestra los formatos de Impresión HTML o PDF.



Se genera la impresión.

**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA Y DIAGNOSTICO NO INVASIVO  
ECOCARDIOGRAMA STRESSDOBUTAN  
URGENCIAS - REY DAVID - CALI-COSMITET LTDA**

NOMBRE	DE PRUEBAS PACIENTE			CC:	1030522904		FECHA	2020-03-31	
ENTIDAD	COOMEVA EPS			TELEFONO	NA-322568974	EDAD	34 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO PRUEBAS	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	170	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Arterial Umbilical(INV)				
UNIDAD				PORTATIL		HORA:	09:24:29		

**Equipo: GE VIVIDI**  
**Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS**  
**Ventana Acustica : Adecuada**  
**Ritmo : Sinusual**  
**Medidas Generales**

Permite visualizar el **Histórico**.

ECO CARDIOGRAMA STRESS - DOBUTAMINA						
ECO CARDIOGRAMA STRESS - DOBUTAMINA		HISTORIAL				
ECOCARDIOGRAMAS REALIZADOS						
TIPO ECOCARDIOGRAMA	FECHA	PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	NUMERO EVOLUCION	SERVICIO	IMPRIMIR

## 11.4. Ecocardiograma StressEjercicio

Al dar clic en **ECOCARDIOGRAMAS** **EcoCardiograma Stress Ejercicio** permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 72

ECO CARDIOGRAMA STRESS EJERCICIO	
<b>Estudio realizado por:</b>	Medico de Pruebas Duroft - MEDICO GENERAL
<b>Indicacion</b>	Estudio funcional de lesión de la arteria descendente anterior
<b>Equipo</b>	GE Vivid I
<b>Preparación para el estudio</b>	Previa explicación del procedimiento, alternativas, beneficios de realización, complicaciones, se firma consentimiento informado y se realiza sin complicaciones
<b>Ritmo</b>	Sinusal
<b>Ventana acústica</b>	Adecuada
<b>ECO BASAL</b>	Ventrículo izquierdo de forma y tamaño normal, grosor normal de sus paredes. No dilatado con remodelación hipertrofia concéntrica de sus paredes, función sistólica y volúmenes normales (FEVI calculado por método de volúmenes de Simpson Modificado y por Auto EF), FEVI: 33%. Sin trastornos de la contractilidad segmentaria ni gradiente obstructivo en tracto de salida. El flujo doppler mitral, el doppler de tejidos mitral septal/lateral y el volumen de la aurícula izquierda muestran un patrón de llenado diastólico normal para la edad, signos indirectos de disfunción diastólica por trastorno de la relajación. Aurículas normales. Leve crecimiento auricular izquierdo (Índice AI Simpson: 33mm <sup>2</sup> ). Sin valvulopatías relevantes. Leve insuficiencia mitral de tipo degenerativa sin dilatación relevante del anillo. Cavidades derechas normales con función ventricular preservada sin poder calcular PSP. Ventrículo derecho dilatado sin dilatación por función preservada y dilatación de PSP adecuada de 33mm <sup>3</sup> (Índice RV: 33mm <sup>3</sup> ). Aorta no dilatada, calcificación normal.
<b>ECG BASAL</b>	Ritmo sinusal normal, sin cambios del ST
<b>ECO MÁXIMO</b>	Se observa un aumento simétrico de la contractilidad de todos los segmentos analizados, la FEVI aumenta el 33%. No hay cambios en las válvulas ni presencia de gradiente obstructivo en el tracto del tracto de salida. La función ventricular derecha mejora.
<b>ECG MÁXIMO</b>	Taquicardia sinusal, sin cambios del ST
<b>ECO RECUPERACIÓN</b>	Todos los segmentos vuelven a la contractilidad basal
<b>ECG RECUPERACIÓN</b>	Similar al reposo
<b>Comentarios</b>	Protocolo de Bruce, suspendido en el 30min de la 3 <sup>er</sup> etapa por cansancio y velocidad de la banda alcanzando el 33% de la frecuencia cardíaca máxima esperada para la edad, con respuesta presora y cronotrópica normales, cursando asintomático. Realiza un trabajo equivalente a 33METs (predicho 33 METs). No se presentan arritmias en el presente estudio. La prueba es eléctricamente normal para cambios del ST inducidos por el ejercicio. CORRELACIONAR CON IMÁGENES DE ECOCARDIOGRAFÍA.
<b>Comentarios</b>	Protocolo de Bruce, suspendido en el 30min de la 3 <sup>er</sup> etapa por cansancio y velocidad de la banda alcanzando el 33% de la frecuencia cardíaca máxima esperada para la edad, con respuesta presora y cronotrópica normales, cursando asintomático. Realiza un trabajo equivalente a 33METs (predicho 33 METs). No se presentan arritmias en el presente estudio. La prueba es eléctricamente normal para cambios del ST inducidos por el ejercicio. CORRELACIONAR CON IMÁGENES DE ECOCARDIOGRAFÍA.
<b>Conclusiones</b>	1. ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS CON EJERCICIO MÁXIMO NEGATIVO PARA LA INDUCCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA
<b>Otros</b>	1. PRUEBA ELÉCTRICAMENTE NEGATIVA PARA CAMBIOS DEL ST, CURSANDO ASINTOMÁTICO Y SIN INDUCCIÓN DE ARRITMIAS 2. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA PRESERVADAS SIN TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD, AURÍCULAS NORMALES, SIN VALVULOPATÍAS, CAVIDADES DERECHAS NORMALES SIN CALCULAR PSP, GRANDES VASOS Y PERICARDIO NORMAL, SIN CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS DETECTADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO 3. CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA CON VENTRÍCULO IZQUIERDO NO DILATADO, HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DE SUS PAREDES, FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA Y DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I, CRECIMIENTO AURICULAR IZQUIERDO, INSUFICIENCIA MITRAL LEVE DEGENERATIVA SIN DILATACIÓN RELEVANTE DEL ANILLO, CAVIDADES DERECHAS CON FUNCIÓN PRESERVADA SIN CALCULAR PSP, AORTA NO DILATADA, CALCIFICACIÓN NORMAL, ETC.
<b>Recomendaciones</b>	Los resultados de este estudio muestran la respuesta del corazón al estímulo del ejercicio o medicaciones, su resultado debe ser interpretado con el médico tratante para la toma de decisiones.

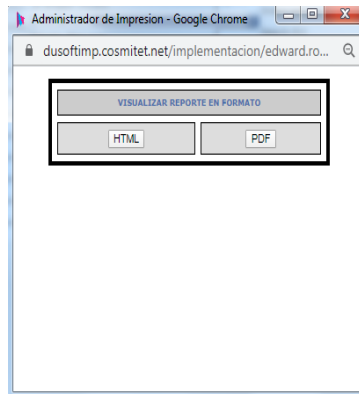
Se registrar los resultados y dar clic en **Guardar**

PESO		TALLA		FRECUENCIA		TENSION ARTERIAL	
70 Kg.		175 Cm.		35 X min.		110 / 80 SITIO Arterial Radial Derecha(INV)	
MEDIDAS GENERALES							
Raíz Aórtica (mm)		Índice de masa (g/m <sup>2</sup> )		Protocolo Bruce TA	Protocolo Bruce FC	Protocolo Bruce TA	
AI Diámetro AP (mm)		VFD Reposo (mL)		Reposo	Reposo	VI etapa	Protocolo Bruce FC
P. Anteroseptal (mm)		VFS Reposo (mL)		I etapa	I etapa	VII etapa	VI etapa
Diámetro Diast. (mm)		FE reposo (%)		II etapa	II etapa	Recuperación	VII etapa
Diámetro Sist. (mm)	1	FE máximo (%)		III etapa	III etapa	Recuperación	Recuperación
P. Inferolateral (mm)				IV etapa	IV etapa	En reposo	
Espesor Relativo Parde				V etapa	V etapa	En ejercicio máximo	
<b>Guardar</b>							

Figura 72 – Ecocardiograma StressEjercicio

Para Editarlo clic en el Botón **Guardar** Cambia a **Actualizar** Actualizar

Para Imprimir clic en Imprimir y muestra los formatos de Impresión HTML o PDF.



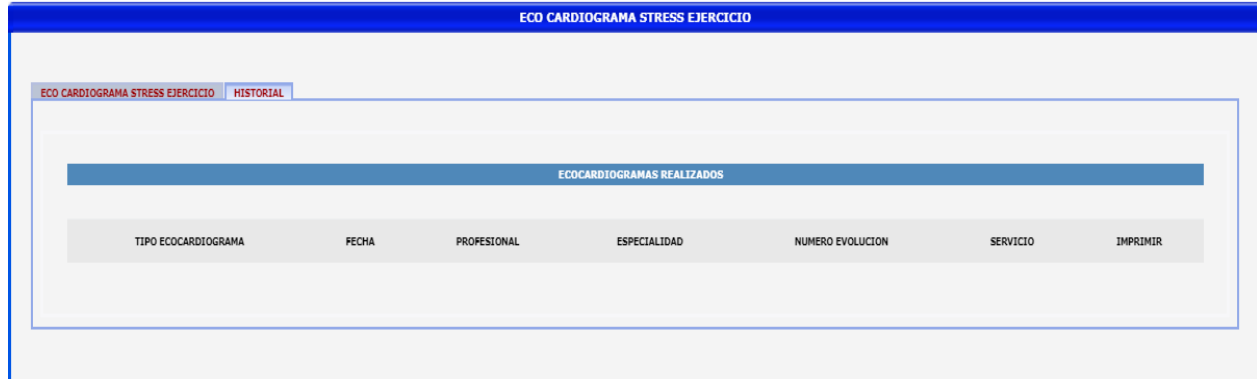
Se genera la impresión.

**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA Y DIAGNOSTICO NO INVASIVO  
 ECOCARDIOGRAFÍA STRESSEJERCICIO  
 URGENCIAS - REY DAVID - CALI-COSMITET LTDA**

NOMBRE	DE PRUEBAS PACIENTE			CC:	1639522964	FECHA	2020-03-31		
ENTIDAD	COOMEVA EPS			TELEFONO	NA-322668974	EDAD	34 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO PRUEBAS	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	175	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Arterial Umbilical(INV)				
UNIDAD				PORTATIL	HORA: 09:24:29				

**Equipo: GE VIVIDI**  
**Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS**  
**Ventana Acustica : Adecuada**  
**Ritmo : Sinusual**  
**Medidas Generales**

Permite visualizar el **Histórico**.



## 12. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al dar clic en **Seguridad del Paciente** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 73

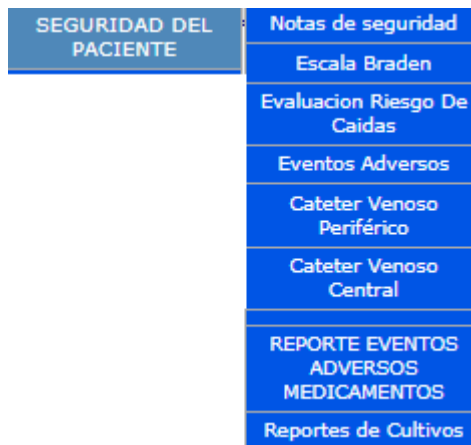
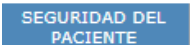
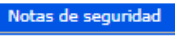


Figura 73 – Menú Seguridad del Paciente.

### 12.1 Notas de Seguridad

Al dar clic en **Notas de Seguridad**   permite registrar las notas de seguridad del paciente, realizando la evaluación de los ítem y marcando Si cumple, No cumple o No Aplica(N/A) y dar clic en Guardar. Figura 74

**NOTAS DE SEGURIDAD**

**INFORMACION GENERAL** | **HISTORIAL**

No.	ITEMS A EVALUAR	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Tiene manilla diligenciada con nombres y apellidos completos en mayúscula e identificación del riesgo por color.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tiene tarjeta de identificación diligenciada con nombres completos y puesta en el sitio indicado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Tiene las medidas de barrera según el riesgo. (barandas arriba, cama frenada, timbre de llamado al alcance, iluminación adecuada, cama en la mínima altura posible, piso seco, área despegada, uso de ropa adecuada)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Tiene diligenciada la escala de riesgo de caída y clasificado según el riesgo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Tiene clasificado en riesgo de infección quirúrgico. (NIVS)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Tiene diligenciada la escala de identificación de riesgo de UPP. (Braden)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Se mide con la frecuencia según el riesgo del paciente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Se humecta la piel, se realiza la higiene y aseo diario.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Se realiza los cambios de posición y de presión según los requerimientos, y se protegen los talones. (si requiere)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Tiene diligenciada la lista de chequeo de post parto cesarea.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	El neonato se encuentra vacunado e identificado según lo estipulado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Presento reacción transfusional la cual fue notificada al servicio correspondiente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Se realiza curación de heridas con técnica aséptica, con la frecuencia requerida.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Se realiza curación del CVC según lo requerido, por enfermera y se deja cubierto y rotulado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Tiene venopunción con carácter periférico vigente y marcado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Se revisa venopunción en busca de flebitis, extravasaciones y/o infiltraciones y se realizan medidas de prevención y/o manejo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Se verifica el sistema cerrado de sonda vesical, con permeabilidad de flujo urinario y bolsa colectora por debajo de la altura de la vejiga.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Esta identificado con rotulos de aislamiento y se aplican las medidas necesarias para evitar contaminación cruzada.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Tiene equipos, líquidos endovenosos y bombas de infusión rotuladas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Tiene conciliación de medicamentos diligenciada.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Se tienen identificadas las alergias del paciente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Se brinda educación al paciente de las medidas de seguridad nombradas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Se le explicaron las medidas de seguridad utilizando el rotafolio de seguridad del paciente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Tiene diligenciada la lista de chequeo de Cirugía Segura.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Tiene consentimiento informado de la transfusión, donde el medico le ha explicado el procedimiento, indicaciones, complicaciones, riesgos y alternativas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**GUARDAR**

Figura 74 – Notas de Seguridad.

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 75

**NOTAS DE SEGURIDAD**

**INFORMACION GENERAL** | **HISTORIAL**

INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OP
2494391	6266209	02/07/2020 08:07:06	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	<b>VER</b>
15/05/2020 12:05:57				

Figura 75 – Historial Notas de Seguridad.

**INFORMACION GENERAL** | **HISTORIAL**

No.	ITEMS EVALUADOS	CUMPLE		
		SI	NO	N/A
1	Tiene manilla diligenciada con nombres y apellidos completos en mayúscula e identificación del riesgo por color.	X		
2	Tiene tarjeta de identificación diligenciada con nombres completos y puesta en el sitio indicado.	X		
3	Tiene las medidas de barrera según el riesgo. (barandas arriba, cama frenada, timbre de llamado al alcance, iluminación adecuada, cama en la mínima altura posible, piso seco, área despegada, uso de ropa adecuada)	X		
4	Tiene diligenciada la escala de riesgo de caída y clasificado según el riesgo.		X	
5	Tiene clasificado en riesgo de infección quirúrgico. (NIVS)		X	
6	Tiene diligenciada la escala de identificación de riesgo de UPP. (Braden)		X	
7	Se mide con la frecuencia según el riesgo del paciente.		X	
8	Se humecta la piel, se realiza la higiene y aseo diario.		X	
9	Se realiza los cambios de posición y de presión según los requerimientos, y se protegen los talones. (si requiere)		X	
10	Tiene diligenciada la lista de chequeo de post parto cesarea.		X	
11	El neonato se encuentra vacunado e identificado según lo estipulado.		X	
12	Presento reacción transfusional la cual fue notificada al servicio correspondiente.		X	
13	Se realiza curación de heridas con técnica aséptica, con la frecuencia requerida.		X	
14	Se realiza curación del CVC según lo requerido, por enfermera y se deja cubierto y rotulado.		X	
15	Tiene venopunción con carácter periférico vigente y marcado.		X	
16	Se revisa venopunción en busca de flebitis, extravasaciones y/o infiltraciones y se realizan medidas de prevención y/o manejo.		X	
17	Se verifica el sistema cerrado de sonda vesical, con permeabilidad de flujo urinario y bolsa colectora por debajo de la altura de la vejiga.		X	
18	Esta identificado con rotulos de aislamiento y se aplican las medidas necesarias para evitar contaminación cruzada.		X	
19	Tiene equipos, líquidos endovenosos y bombas de infusión rotuladas.		X	
20	Tiene conciliación de medicamentos diligenciada.		X	
21	Se tienen identificadas las alergias del paciente.		X	
22	Se brinda educación al paciente de las medidas de seguridad nombradas.		X	
23	Se le explicaron las medidas de seguridad utilizando el rotafolio de seguridad del paciente.		X	
24	Tiene diligenciada la lista de chequeo de Cirugía Segura.		X	
25	Tiene consentimiento informado de la transfusión, donde el medico le ha explicado el procedimiento, indicaciones, complicaciones, riesgos y alternativas.		X	

**CERRAR [X]**

Para regresar a la pantalla anterior clic en **Cerrar**.

**CERRAR [X]**

## 12.2 Escala de Braden.

Al dar clic en **Escala de Braden** SEGURIDAD DEL PACIENTE Escala Braden permite registrar la información de la escala de Braden del paciente para evaluar el riesgo a desarrollar Ulcera por Presión. Se debe evaluar los ítems:

- ✓ Nutrición.
- ✓ Exposición a la Humedad.
- ✓ Movilidad
- ✓ Percepción Sensorial.
- ✓ Actividad.
- ✓ Roce y Peligro de Lesiones.

De acuerdo a los ítem que seleccione se genera un Puntaje, el cual es genera un Puntaje Total y en la parte Inferior de la pantalla se encuentra la interpretación. Finalmente da clic en **Guardar**. Figura 76

**ESCALA DE BRADEN**

INFORMACION GENERAL
HISTORIAL

		ESCALA DE BRADEN				PUNTAJE
NUTRICION	EXPOSICION A LA HUMEDAD	MOVILIDAD	PERCEPCION SENSORIAL	ACTIVIDAD	ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	
						3
						3
						3
						1
						3
						3
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						<b>16</b>

PUNTAJE	RIESGO	VALORACION INICIAL	REVALORACION	EXAMEN DE PIEL	INTERPRETACION DE PUNTAJES	HIGIENE DE PIEL	CAMBIOS POSTURALES	PROTECCION TALONES	SUPERFICIE DE APOYO	SEDESTACION
<= 12	ALTO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 24 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.	Talonera con algodón laminado	Dinámicas	Cojín dinámico <72 H.	
13 Y 14	MODERADO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 72 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.	Talonera con algodón laminado	Dinámicas	Cojín < 2 H.	
> 15	BAJO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 120 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.	Según requerimiento	Dinámicas	Según requerimiento.	

GUARDAR

**Figura 76 – Escala de Braden.**

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 77

ESCALA DE BRADEN						
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL				
INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	NÚMERO - RIESGO	FECHA	USUARIO	OP	
2494391	6266210	16 - BAJO	02/07/2020 02:07:44	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL		
15/05/2020 12:05:57						

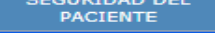
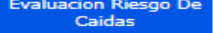
Figura 77 – Historial Escala de Braden.

ESCALA DE BRADEN									
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL							
VARIABLE						CERRAR [X]			
NUTRICION	Adecuada					PUNTAJE	3		
PERCEPCION SENSORIAL	Completamente limitada					PUNTAJE	1		
ACTIVIDAD	Deambula ocasionalmente					PUNTAJE	3		
MOVILIDAD	Ligeramente limitada					PUNTAJE	3		
EXPOSICION A LA HUMEDAD	Ocasionalmente humeda					PUNTAJE	3		
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	Sin problema aparente					PUNTAJE	3		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						<b>16</b>			
INTERPRETACION DE PUNTAJES									
PUNTAJE	RIESGO	VALORACION INICIAL	REVALORACION	EXAMEN DE PIEL	HIGIENE DE PIEL	CAMBIOS POSTURALES	PROTECCION TALONES	SUPERFICIE DE APOYO	SEDESTACION
12	ALTO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 24 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.	Talonera con algodón laminado	Dinámicas	Cojín dinámico <72 H.
13 Y 14	MODERADO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 72 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.	Talonera con algodón laminado	Dinámicas	Cojín < 2 H.
15	BAJO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 120 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.	Según requerimiento	Dinámicas	Según requerimiento.

Para regresar a la pantalla anterior clic en **Cerrar**.

**CERRAR [X]**

### 12.3 Evaluación Riesgo de Caídas.

Al dar clic en **Evaluación Riesgo de Caídas**   permite registrar la información de la evaluación de los riesgos de caídas intrahospitalarias del paciente.

De los ítems evaluados en la dimensión el profesional debe registrar **Si** se presentan o **No**, al dar clic en Normal o Ninguno los inactiva por rango de Ítem. Se genera un puntaje de los ítems evaluados. El cual si es Menor a 3 puntos es Catalogado como Alto y Mayor de 3 puntos es muy Alto. Figura 78

EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS				
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL		
DIMENSION	ITEM	NO	SI	
ACOMPANIAMIENTO	Cuenta con acompañante permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CAIDAS PREVIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEAMBULACION	Inseguro con o sin ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Imposible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problema de equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Utiliza soporte (Bastón, caminador u otras ortesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Requiere con ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFICIT SENSORIALES	Desequilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ruidos/Espasticidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crisis Convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vértigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dificultad para comunicarse verbalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISPOSITIVOS MEDICOS	Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemiparesia/Hemiparesia/ Parálisis/ Paraparesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EDAD	Equipos de administración de oxígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Equipo de administración de líquidos parenterales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonda vesical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tutor externo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monitor Holter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTADO MENTAL	Oxígeno V/IC/ Tubo de torax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<7 de años o > 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS	Entre 7 a 99 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Confuso, somnoliento (Rass -1 a -3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agitación Psicomotor (Rass +1 a +6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trastornos psiquicos o de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alerta y Orientado (Rass 0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hemoglobina > 8 mm/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arritmias Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ayuno Prolongado (Mayor a 10 hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desacondicionamiento Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POSTOPERATORIO MENOR A 48 HORAS	Edema en extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipotensión o episodio de hipotensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECONOCIMIENTO DE RIESGO	Infarto agudo del miocardio menor a 72 Hrs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reposo prolongado (>48 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DE MEDICAMENTOS	Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Postoperatorio menor a 48 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERPRETACION	El paciente reconoce el riesgo a caer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El paciente acepta recomendaciones de prevención de caídas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO ALTO - MENOR DE 3 PUNTOS	Hipertensión no diureticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO MUY ALTO - MAYOR DE 3 PUNTOS	Antiparkinsonianos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Analgésicos Opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tranquilizantes, sedantes, Inductores del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diureticos, laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hipocicamantes (Orales o Inyectables)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE		2		

Figura 78 – Evaluación de Riesgo de Caídas.

En la parte inferior de se encuentran las Medidas Generales Preventivas y finalmente clic en **Guardar**. Figura 79

#	MEDIDAS GENERALES PREVENTIVAS	NO	CUMPLE	
			SI	
1	Mantener las barandas de la cama funcionales y arriba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Verificar que el freno de la cama esta puesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mantener alguna iluminación nocturna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tener el timbre de llamado accesible, identificando la forma adecuada de llamado por el dispositivo, en el panel o en el baño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	La cama (eléctrica) en los pacientes conscientes o despiertos debe mantenerse a la mínima altura posible. Las camillas no permiten realizar esta función por eso es necesario aplicar el resto de medidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Educar al paciente acerca de los riesgos que tiene en la institución, de como se debe levantar, caminar y/o acostar mientras se encuentre hospitalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Retirar todo el material que pueda producir caídas tales como inmobiliarios, cables, líquidos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Supervisar que los suelos de los Servicios y/o Unidades no estan húmedos y resbaladizos. En caso de estarlo evitar que el paciente pase por esa area.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, para prevenir hipotension ortostatica (mareos) y sentarlo en un sillón apropiado acompañado de un familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Mantener un mobiliario adecuado (mesa de noche y guardapropas) y acceso facil a elementos de uso personal del paciente. Educar al paciente y a la familia acerca de la adecuada forma de utilizacion de elementos de eliminación en cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Facilitar que el baño esta accesible y acompañarlo dándole las indicaciones adecuadas del uso de barandas y silla en la ducha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Promover el uso adecuado de ropa y elementos antideslizantes: pantuflas y calzado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Supervisar y asegurar que el paciente sea acompañado cuando deambula, ayudándole a caminar por familiar o enfermera, en especial si presenta limitacion funcional (amputacion de miembro, paresia, parálisis, Parkinson, entosis, inestabilidad motora o debilidad muscular por inmovilizacion prolongada, uso de ortesis o elementos de vision (gafas)).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Si precisa dispositivos de ayuda: andador, muletas, debe ser acompañado por personal durante el aprendizaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Paciente que presenta actitud resistente, agresiva o temerosa que hace indispensable acompañamiento permanente y adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GUARDAR**

Figura 79 – Medidas Preventivas de Riesgo de Caídas.

Para confirmar se da clic en **Aceptar**.

dusoftimp.cosमितet.net dice  
¿DESEA GUARDAR LOS DATOS?

**Aceptar** **Cancelar**

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 80

EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS					
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL			
INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	INTERPRETACION	OPCION
2494391	6266210	02/07/2020 16:13:22	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	RIESGO MUY ALTO - MAYOR DE 9 PUNTOS	<b>VER</b>
2020-05-15					

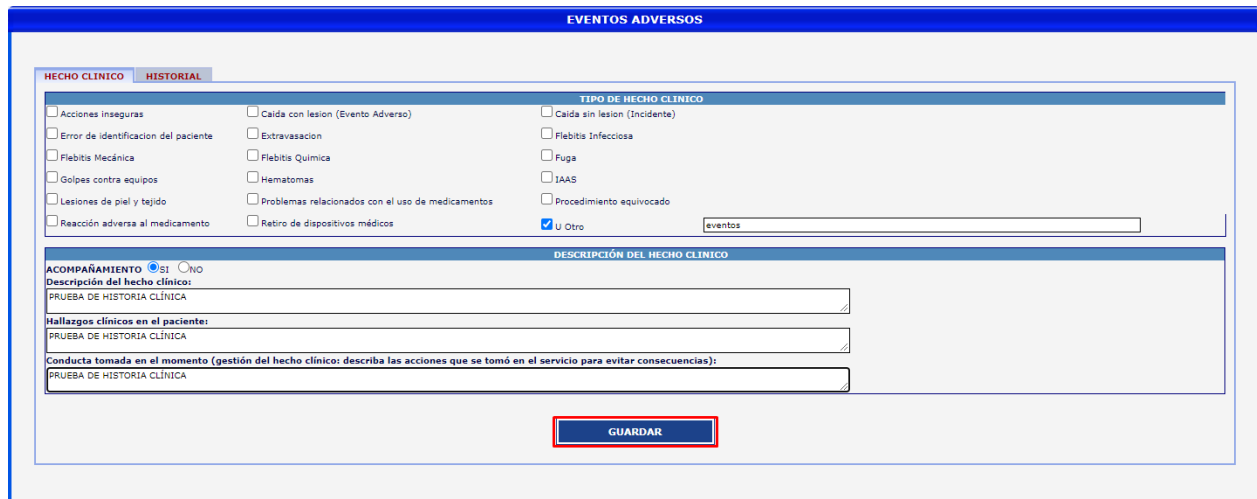
Figura 80– Historial de Evaluación de Riesgo de Caídas.

EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS					
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL			
FECHA	02-07-2020	EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS		MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	
ELEMENTO	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS***	ITEM	OPCION	PUNTAJE	
ACORRALAMIENTO	Cuenta con acompañante permanente		SI	0	
CAUSE PREVIAS	Presencia del antecedente		NO	0	
DEAMBULACION					
	Ortopedia		NO	0	
	Problema de equilibrio		NO	0	
	Úlcera isquémica (Batazo, camión y otras cosas)		NO	0	
	Segura con ayuda		NO	0	
	Edad avanzada		NO	0	
	Parkinson		NO	0	
	Riesgo de caídas		NO	0	
	Crisis convulsiva		NO	0	
	Alzheimer		NO	0	
	Dificultad para comunicarse verbalmente		NO	0	
	Disorientación		SI	1	
	Memoria/Memoria: Parafasia, Paraparesia		NO	0	
DISPOSITIVOS MEDICOS					
	Equipos de administración de oxígeno		NO	0	
	Equipo de administración de líquido parenteral		NO	0	
	Uso de sonda		NO	0	
	Tutor externo		NO	0	
	Monitor cardíaco		NO	0	
	Drainaje VAC/ Tubo de torax		NO	0	
EDAD					
	17 de años a 30 años		NO	0	
	Entre 30 a 64 años		NO	0	
	Confusión aguda (Pass-1 a -3)		NO	0	
	Inspección Psicomotora (Pass-1 a -4)		NO	0	
	Trastornos psicóticos o de conducta		NO	0	
	Manía o Depresión (Pass-5)		NO	0	
	Hemoglobina < 8 mmHg		NO	0	
	Alcohol de sangre		NO	0	
	Ayuno Prolongado (Mayor a 10 hrs)		NO	0	
	Hipoglucemia		NO	0	
	Descompensación Pico		NO	0	
	Edema en extremidades		NO	0	
	Exposición a episodios de hipotensión		NO	0	
	Distancia agudo del microrango menor a 72 hrs		NO	0	
	Episodio prolongado (> 48 hrs)		NO	0	
	Viraje		NO	0	
POSTOPERATORIO MEDIC. a 48 HORAS	Intervenciones mayor a 48 horas		SI	1	
RECONOCIMIENTO DE RIESGO	El paciente reconoce el riesgo de caer		SI	0	
	El paciente acepta recomendaciones de prevención de caídas		SI	0	
USO DE MEDICAMENTOS					
	Medicamentos no farmacológicos		NO	0	
	Antipsicóticos		NO	0	
	Antipsicóticos		NO	0	
	Tranquilizantes, sedantes, Inductores del sueño		NO	0	
	Químicos, laxantes		NO	0	
	Hipoglucemiantes (Insulina o Insulinoligos)		NO	0	
<b>INTERPRETACION</b>				<b>2</b>	
<b>RIESGO ALTO - MENOR DE 3 PUNTOS</b>					
<b>RIESGO MUY ALTO - MAYOR DE 9 PUNTOS</b>					
<b>PUNTAJE</b>				<b>2</b>	
1	Mantener las barandas de la cama funcionales y ambas				X
2	Verificar que el freno de la cama está puesto				X
3	Mantener alguna iluminación nocturna				X
4	Evitar el ruido de llamadas excesivas, identificando la forma adecuada de llamado por el dispositivo, en el panel o en el baño				X
5	La cama eléctrica en los pacientes conscientes o despiertos debe mantenerse a la mínima altura posible. Las camas no permiten realizar esta función por eso es necesario aplicar el resto de medidas				X
6	Colocar al paciente acerca de los riesgos que tiene en la habitación, de cómo debe levantar, caminar y/o acostar mientras se encuentra hospitalizado				X
7	Eliminar todo el material que puede producir caídas tales como: sillones, sillas, sillas, etc.				X
8	Supervisar que los niveles de los servicios o/o unidades no estén inundados y resbaladizo. En caso de estarlo avisar que el paciente pase por esa zona				X
9	Mantener al enfermo hospitalizado en la cama durante una mínima área de seguridad, para prevenir lesiones por caídas, y alertar en un nivel apropiado acompañado de un familiar				X
10	Mantener un mobiliario adecuado (mesa de noche y guardatopas) y acceso fácil a elementos de uso personal del paciente. Educar al paciente y a la familia acerca de la adecuada forma de utilización de elementos de habitación en cama				X
11	Facilitar que el baño este accesible y acompañarlo durante las indicaciones adecuadas del uso de barandas y silla en la ducha				X
12	Prevenir el uso inadecuado de sillas y sillas de ruedas (andadores) parafisi y de baño				X
13	Supervisar y asegurar que el paciente sea acompañado cuando deambula, evitando a caminar por familiar o enfermera, en especial si presenta limitación funcional (amputación de miembros, parálisis)				X
14	Prevenir errores, resbaladizo y/o debrisa municipal por movimiento prolongado uso de otros o elementos de visión (gafas)				X
15	Los precios dispositivos de ayuda, andadores, sillas, debe ser acompañado por personal durante el levantamiento				X
16	Paciente que presenta actitud resaca, agresiva o temerosa que hace indispensable acompañamiento permanente y adecuado				X

Para regresar a la pantalla anterior clic en **Cerrar**. CERRAR [X]

## 12.4 Eventos Adversos.

Al dar clic en **Eventos Adversos** SEGURIDAD DEL PACIENTE Eventos Adversos permite registrar los eventos adversos ocasionados al paciente, para lo cual el profesional debe seleccionar el tipo de Hecho Clínico y realizar al respectiva Descripción y clic en **Guardar**. Figura 81



**EVENTOS ADVERSOS**

**HECHO CLINICO** HISTORIAL

**TIPO DE HECHO CLINICO**

Acciones inseguras  
 Error de identificación del paciente  
 Flebitis Mecánica  
 Golpes contra equipos  
 Lesiones de piel y tejido  
 Reacción adversa al medicamento

Caída con lesión (Evento Adverso)  
 Extravasación  
 Flebitis Química  
 Hematomas  
 Problemas relacionados con el uso de medicamentos  
 Retiro de dispositivos médicos

Caída sin lesión (Incidente)  
 Flebitis Infecciosa  
 Fuga  
 IAAS  
 Procedimiento equivocado  
 U Otro

**DESCRIPCIÓN DEL HECHO CLINICO**

ACOMPANIAMIENTO  SI  NO

Descripción del hecho clínico:  
 PRUEBA DE HISTORIA CLÍNICA

Hallazgos clínicos en el paciente:  
 PRUEBA DE HISTORIA CLÍNICA

Conducta tomada en el momento (gestión del hecho clínico: describa las acciones que se tomó en el servicio para evitar consecuencias):  
 PRUEBA DE HISTORIA CLÍNICA

GUARDAR

Figura 81– Eventos Adversos.

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 82



**EVENTOS ADVERSOS**

**HECHO CLINICO** HISTORIAL

INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	TIPO DE HECHO CLINICO	OP
2494391	6266218	03/07/2020 02:07:56	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	U Otro : eventos	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">VER</span>
15/05/2020 12:05:57					

Figura 82– Eventos Adversos.



**Figura 83– Catéter Venoso Periférico.**

En la opción de **Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico** se registran los Datos de Identificación del Paciente, como son: Fecha y hora de Inserción. Además está el control de los días del catéter. Figura 84



Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico    \* Causa De Retiro Del Catéter    \* Escala Valoración Flebitis    \* Escala De Infiltración

**\* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

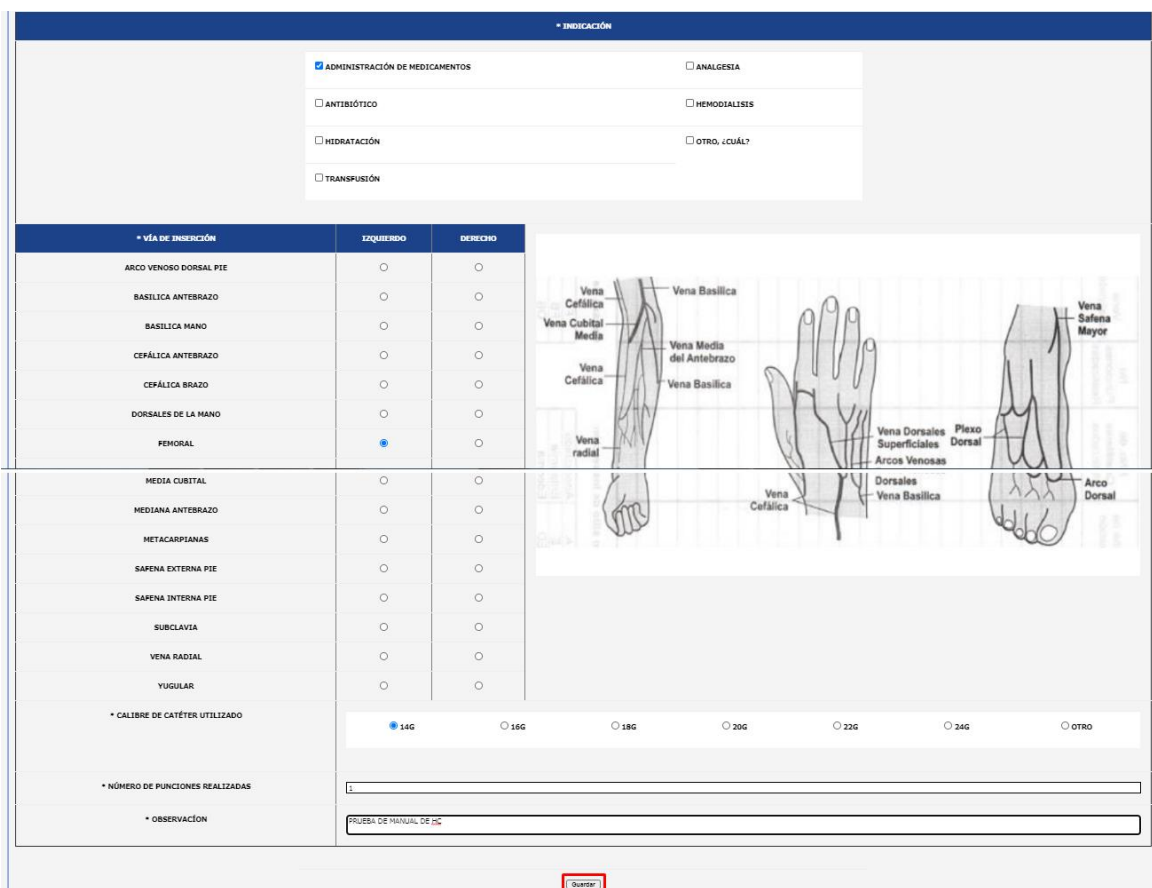
FECHA DE INSERCIÓN: 03/20-07-20

HORA DE INSERCIÓN: 13:00

DÍAS CATETER: 0

**Figura 84– Datos del Paciente.**

En la **Indicación** debe registrar el Motivo por el cual se coloca, la vía de Inserción (izquierda o Derecha), el calibre de catéter utilizado, El número de punciones realizadas y la observación. Dar clic en **Guardar**. Figura 85



**\* INDICACIÓN**

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS     ANALGESIA  
 ANTIBIÓTICO     HEMODIALISIS  
 HIDRATACIÓN     OTRO, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
 TRANSFUSIÓN

* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
ARCO VENOSO DORSAL PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASILICA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASILICA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA BRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DORSALES DE LA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
MEDIA CUBITAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MEDIANA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
METACARPÍANAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAPENA EXTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAPENA INTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VENA RADIAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\* CALIBRE DE CATÉTER UTILIZADO**

14G     16G     18G     20G     22G     24G     OTRO

**\* NÚMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS**

\_\_\_\_\_

**\* OBSERVACIÓN**

PROCESO DE MANUAL DE DC

**Guardar**

**Figura 85– Indicación.**

Muestra el Registro de la información de la Indicación/vía Catéter periférico.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO FUNCIONES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
		06-07-2020 10:56:51 6266232	2020-07-06 10:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	1	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANUAL DE HC	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En la opción de **Causa del Retiro del Catéter** se registra la Fecha de Retiro del Catéter de acuerdo al Protocolo, la Fecha Real del Retiro de Catéter y la Causa del Retiro y clic en **Guardar**. Figura 86

\* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico \* **Causa De Retiro Del Catéter** \* Escala Valoración Flebitis \* Escala De Infiltración

**RETIRO CATÉTER**

FECHA DE RETIRO DEL CATÉTER DE ACUERDO A PROTOCOLO	<input type="text" value="2020-07-06"/>	FECHA REAL DE RETIRO CATÉTER	<input type="text" value="2020-07-06"/>
*CAUSA DE RETIRO DEL CATÉTER			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> BACTEREMIA  <input type="checkbox"/> CUMPLE TIEMPO DE RETIRO  <input type="checkbox"/> FILTRACIÓN  <input type="checkbox"/> MAL FUNCIONAMIENTO  <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUCCIÓN         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> COLOCACIÓN DE CVC/PIC  <input type="checkbox"/> EGRESO  <input type="checkbox"/> FLEBITIS  <input type="checkbox"/> MUERTE  <input type="checkbox"/> RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVO         </div> </div>			
<input type="button" value="Guardar"/>			

**Figura 86– Causa del Retiro del Catéter.**

**Nota:** Cuando se vaya a guardar la causa de retiro se debe seleccionar la vía. Dando clic en **OP**.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO FUNCIONES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
		06-07-2020 10:56:51 6266232	2020-07-06 10:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	1	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANUAL DE HC	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 06-07-2020 12:20:52.

\* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico \* Causa De Retiro Del Catéter \* Escala Valoración Flebitis \* Escala De Infiltración

**RETIRO CATÉTER**

FECHA DE RETIRO DEL CATÉTER DE ACUERDO A PROTOCOLO	<input type="text" value="2020-07-06"/>		FECHA REAL DE RETIRO CATÉTER	<input type="text" value="2020-07-06"/>
<p>*CAUSA DE RETIRO DEL CATÉTER</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> BACTEREMIA   <input type="checkbox"/> CUMPLE TIEMPO DE RETIRO   <input type="checkbox"/> FILTRACIÓN   <input type="checkbox"/> MAL FUNCIONAMIENTO   <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUCCIÓN         </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> COLOCACIÓN DE CVC/PIC   <input type="checkbox"/> EGRESO   <input type="checkbox"/> FLEBITIS   <input type="checkbox"/> MUERTE   <input type="checkbox"/> RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVO         </div> </div>				

ELIMINAR	EVOLUCIÓ'N	FECHA RETIRO PROTOCOLO	FECHA REAL DE RETIRO	CAUSA RETIRO	USUARIO
	6266232	06-07-2020 12:20:52	2020-07-06	OBSTRUCCIÓ'N	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL

En la opción de **Escala Valoración Flebitis** permite registra las posibles causas que pueda causar la inflamación de las venas por la colocación del catéter. Selecciona el ítem que corresponda a la escala de valoración Flebitis y da clic en Guardar. Figura 87

**CONTROL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO**

\* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico \* Causa De Retiro Del Catéter \* Escala Valoración Flebitis \* Escala De Infiltración

0	SIN SIGNOS CLÍNICOS.	○
1	DOLOR EN EL SITIO DE VENOPUNCIÓN.	●
2	DOLOR MÁS ERITEMA LIGERO.	○
3	DOLOR, ERITEMA Y EDEMA.	○
4	DOLOR, ERITEMA, INDURACIÓN > 3 CM.	○
5	CRITERIO 4 + CORDÓN VENOSO PALPABLE.	○
6	SALIDA DE MATERIAL PURULENTO + FIEBRE.	○

**Figura 87– Escala Valoración Flebitis.**

**Nota:** debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso periférico.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO PUNCIÓNES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓ'N	INDICACIÓ'N
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">1</span>		06-07-2020 10:56:51 6266232	2020-07-06 10:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	1	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANUAL DE HC	ADMINISTRACIÓ'N DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 16-07-2020 03:22:36.

\* Indicación / Via Catéter Venoso Periférico | 
 \* Causa De Retiro Del Catéter | 
 \* Escala Valoración Flebitis | 
 \* Escala De Infiltración

0	SIN SIGNOS CLÍNICOS.	<input type="radio"/>
1	DOLOR EN EL SITIO DE VENOPUNCIÓN.	<input checked="" type="radio"/>
2	DOLOR MÁS ERITEMA LIGERO.	<input type="radio"/>
3	DOLOR, ERITEMA Y EDEMA.	<input type="radio"/>
4	DOLOR, ERITEMA, INDURACIÓN > 3 CM.	<input type="radio"/>
5	CRITERIO 4 + CORDÓN VENOSO PALPABLE.	<input type="radio"/>
6	SALIDA DE MATERIAL PURULENTO + FIEBRE.	<input type="radio"/>

ELIMINAR	EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	ESCALA FLEBITIS	USUARIO
🗑️	6266294	16-07-2020 15:22:36	DOLOR EN EL SITIO DE VENOPUNCIÓN.	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
TOTAL				

En la opción de **Escala de Infiltración** permite registrar las variables de infiltración venosa causadas en las venas por la colocación del catéter. Selecciona la variable que aplique y da clic en **Guardar**. Figura 88

**CONTROL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO**



DEBE SELECCIONAR UNA VÍA CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

\* Indicación / Via Catéter Venoso Periférico | 
 \* Causa De Retiro Del Catéter | 
 \* Escala Valoración Flebitis | 
 \* Escala De Infiltración

0	NO HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS	<input checked="" type="radio"/>
1	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA <2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
2	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA DE APROX 2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
3	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA < DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO, PIEL FRÍA AL TACTO.	<input type="radio"/>
4	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA > DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO A SEVERO, PIEL FRÍA.	<input type="radio"/>

**Figura 88– Escala de Infiltración.**

**Nota:** debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso periférico.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO FUNCIONES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
		06-07-2020 10:56:51 6266232	2020-07-06 10:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	1	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANUAL DE HC	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

**CONTROL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO**

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 16-07-2020 03:34:50.

[Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico](#)  
 [Causa De Retiro Del Catéter](#)  
 [Escala Valoración Flebitis](#)  
 [Escala De Infiltración](#)

0	NO HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS	<input checked="" type="radio"/>
1	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA <2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
2	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA DE APROX 2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
3	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA < DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO, PIEL FRÍA AL TACTO.	<input type="radio"/>
4	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA > DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO A SEVERO, PIEL FRÍA.	<input type="radio"/>

ELIMINAR	EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	ESCALA FLEBITIS	USUARIO
	6266294	16-07-2020 15:34:50	NO HAY SÍNTOMAS CLÁNICOS	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
<b>TOTAL</b>				

## 12.6 Catéter venoso Central.

Al dar clic en **Catéter Venoso Central** SEGURIDAD DEL PACIENTE Catéter Venoso Central permite registrar el control realizado al Catéter venoso central colocado a Paciente teniendo en cuenta:

- ✓ La Inserción del catéter.
- ✓ Seguimiento Diario del Paciente.
- ✓ Historial Seguimiento Diario.
- ✓ Cuidados del Catéter.
- ✓ Historial Cuidados del Catéter.
- ✓ Retiro del Catéter. Figura 89

CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL		
<p> <a href="#">* INSERCIÓN DEL CATÉTER</a>              <a href="#">* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE</a>              <a href="#">* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO</a>              <a href="#">* CUIDADOS DEL CATÉTER</a>              <a href="#">* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER</a>              <a href="#">* RETIRO DEL CATÉTER</a> </p>		
* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
FECHA DE INSERCIÓN	HORA DE INSERCIÓN	DÍAS CATÉTER
FECHA DE INSERCIÓN	DD: [ ] ME: [ ]	0
* INDICACIÓN		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> DIFÍCIL ACCESO VENOSO <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS <input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN <input type="checkbox"/> NUTRICIÓN PARENTERAL <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN		
* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
BASÍLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO ANTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO POSTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PREGUNTAS	SI	NO
ANESTESIA LOCAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEPTICIA Y ANTISEPSIA DE PIEL	**	
ULTRASONIDO COMO GUÍA	<input type="radio"/>	Selecciona un elemento de la lista
TÉCNICA DE SELINGER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCISIÓN DE PIEL EN SITIO DE PUNCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NUMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	NUMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	
NUMERO DE LUCES DEL CATÉTER	NUMERO DE LUCES DEL CATÉTER	
UBICACIÓN CONFIRMADA POR IMAGEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FIJACIÓN DE PIEL CON SUTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CURACIÓN CON ANTISÉPTICO (POSTERIOR A INSERCIÓN)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COBERTURA	**	
PRESENTA COMPLICACIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES	
POSTERIOR A LA COLOCACIÓN		
PREGUNTAS	SI	NO
RÓTULA CATÉTER CON FECHA Y HORA DE COLOCACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SE REALIZA RX PARA CONFIRMAR UBICACIÓN Y COMPLICACIONES INMEDIATAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="button" value="Guardar"/>		

Figura 89– Catéter Venoso Central.

En la opción de **Inserción de Catéter** se registran los Datos de identificación del Paciente como son: Fecha y hora de Inserción. Además está el control de los días del catéter. Figura 90

* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
FECHA DE INSERCIÓN 2020-07-16	HORA DE INSERCIÓN 15:00	DÍAS CATÉTER 0

**Figura 90– Inserción de Catéter.**

Debe seleccionar la indicación del porque se coloca el catéter y la Vía de Inserción (Izquierda o Derecha). Figura 91

* INDICACIÓN		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ANALGESIA	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/> DIFÍCIL ACCESO VENOSO	
<input type="checkbox"/> HEMODIALISIS	<input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN	
<input type="checkbox"/> NUTRICIÓN PARENTERAL	<input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN	

* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
BASTÍLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO ANTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO POSTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Figura 91– Indicación y Vía.**

Contestar las preguntas. Figura 92

PREGUNTAS	SI	NO
ANESTESIA LOCAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ASEPTICIA Y ANTISEPSIA DE PIEL	SOLUCIÓN YODADA **	
ULTRASONIDO COMO GUÍA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TÉCNICA DE SELGINGER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
INCISIÓN DE PIEL EN SITIO DE PUNCIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
NUMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	1	
NUMERO DE LUCES DEL CATÉTER	1	
UBICACIÓN CONFIRMADA POR IMAGEN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
FIJACIÓN DE PIEL CON SUTURA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CURACIÓN CON ANTISÉPTICO (POSTERIOR A INSERCIÓN)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
COBERTURA	APÓSITO TRANSPARENTE	
PRESENTA COMPLICACIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OBSERVACIONES	SIN PRUEBA	

**Figura 92– Preguntas.**

Y registrar la información posterior a la colocación y clic en Guardar. Figura 93

POSTERIOR A LA COLOCACIÓN		
PREGUNTAS	SI	NO
RÓTULA CATÉTER CON FECHA Y HORA DE COLOCACIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SE REALIZA RX PARA CONFIRMAR UBICACIÓN Y COMPLICACIONES INMEDIATAS.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Figura 93– Posterior a la Colocación.**

La información es almacenada.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
<input type="radio"/>		17-07-2020 07:27:44 6266295	2020-07-17 07:00:00		SUBCLAVIA - IZQUIERDO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En **Seguimiento Diario al Paciente** registra la información del seguimiento diario y da clic en Guardar. Figura 94

* INSERCIÓN DEL CATÉTER			* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE	* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO	* CUIDADOS DEL CATÉTER	* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER	* RETIRO DEL CATÉTER
PREGUNTAS	SI	NO					
SITIO DE PUNCIÓN CON SIGNOS DE INFECCIÓN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
FLEBITIS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
APÓSITO LIMPIO Y ROTULADO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					
PACIENTE CON INFECCIÓN ASOCIADA AL CATÉTER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
LÚMENES LIMPOS Y SIN RESIDUO DE SANGRE EN EL EMPATE	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
FIJADO A LA PIEL CON PUNTOS CONTINUOS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					
PRESENTA FILTRACIÓN DE LÍQUIDOS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
LÚMENES PERMEABLES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					

**Figura 94– Seguimiento Diario al Paciente.**

**Nota:** debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso central.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
<input checked="" type="radio"/>		17-07-2020 07:27:44 6266295	2020-07-17 07:00:00		SUBCLAVIA - IZQUIERDO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	PREGUNTAS	RESPUESTA	USUARIO
6266295	17-07-2020 07:54:13	APÓSITO LIMPIO Y ROTULADO	SI	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	FIJADO A LA PIEL CON PUNTOS CONTINUOS	SI	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	FLEBITIS	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	LÚMENES LIMPOS Y SIN RESIDUO DE SANGRE EN EL EMPATE	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	LÚMENES PERMEABLES	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	PACIENTE CON INFECCIÓN ASOCIADA AL CATÉTER	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	PRESENTA FILTRACIÓN DE LÍQUIDOS	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	SITIO DE PUNCIÓN CON SIGNOS DE INFECCIÓN	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL

En **Historial de Seguimiento Diario al Paciente** permite visualizar la información del historial de los seguimientos diarios. Figura 95.

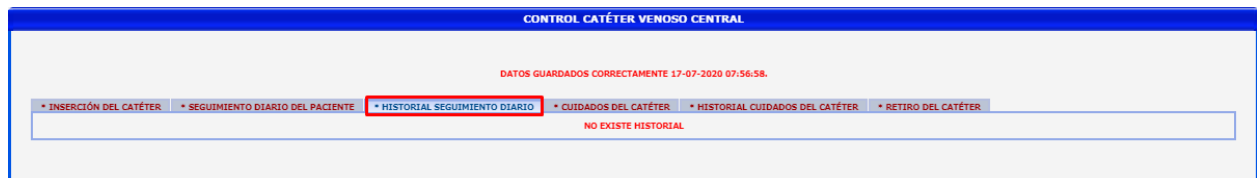


Figura 95– Historial de Seguimiento Diario al Paciente.

En **Cuidados del Catéter** permite registrar la información del Recambio, Antiséptico y el reemplazo de Tubuladuras y equipos de infusión y da clic en **Guardar**. Figura 96

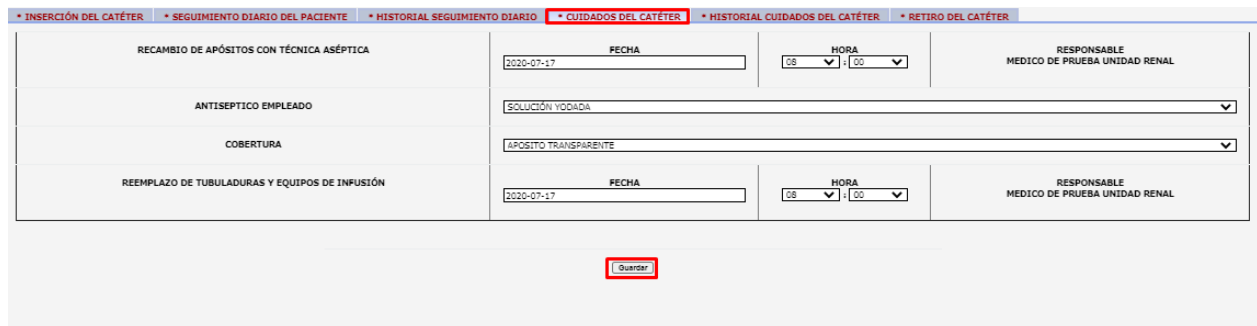


Figura 96– Cuidados del Catéter.

**Nota:** debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso central.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
		17-07-2020 07:27:44 6266295	2020-07-17 07:00:00		SUBCLAVIA - IZQUIERDO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En **Historial Cuidados del Catéter** permite visualizar el histórico de cuidados del catéter. Figura 97

CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 17-07-2020 07:56:58.

[\\* INSERCIÓN DEL CATÉTER](#)  
 [\\* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE](#)  
 [\\* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO](#)  
 [\\* CUIDADOS DEL CATÉTER](#)  
 \* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER  
 [\\* RETIRO DEL CATÉTER](#)

NO EXISTE HISTORIAL

**Figura 97– Historia Cuidados del Catéter.**

En **Retiro del Catéter** permite registrar la información de la Fecha y Hora y las preguntas del motivo de retiro del catéter respondiendo a ellas con **Si** o **No**. Figura 98

[\\* INSERCIÓN DEL CATÉTER](#)  
 [\\* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE](#)  
 [\\* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO](#)  
 [\\* CUIDADOS DEL CATÉTER](#)  
 [\\* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER](#)  
 \* RETIRO DEL CATÉTER

FECHA	2020-07-17	HORA	08	15
FINALIZACIÓN DE LA INDICACIÓN	SI <input checked="" type="radio"/>		NO <input type="radio"/>	
INYECCIÓN	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	
MALFUNCIONAMIENTO	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	
INADECUADA TÉCNICA ASÉPTICA DE COLOCACIÓN	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	
MUERTE DEL PACIENTE	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	
RETIRO INVOLUNTARIO	SI <input type="radio"/>		NO <input checked="" type="radio"/>	

Guardar

**Figura 98– Retiro del Catéter.**

**Nota:** debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso central.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
		17-07-2020 07:27:44 6266295	2020-07-17 07:00:00		SUBCLAVIA - IZQUIERDO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	PREGUNTAS	RESPUESTA	USUARIO
6266295	17-07-2020 08:23:44	FINALIZACIÓN DE LA INDICACIÓN	SI	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 08:23:44	INADECUADA TÉCNICA ASÉPTICA DE COLOCACIÓN	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 08:23:44	INFECCIÓN	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 08:23:44	MALFUNCIONAMIENTO	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 08:23:44	MUERTE DEL PACIENTE	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 08:23:44	RETIRO INVOLUNTARIO	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL

## 12.7 Reporte Eventos Adversos Medicamentos.

Al dar clic en **Reporte Eventos Adversos Medicamentos**



permite registrar la información de algún evento o reacción del paciente relacionados a los Medicamentos teniendo en cuenta:

**Origen del Reporte:** se debe registrar la información de Fecha, Departamento, Municipio, Institución, Servicio y Código de Habilitación. Figura 99



Figura 99– Origen del Reporte.

**Información del Paciente:** muestra la información del paciente y se debe colocar etnia, estatura y relacionar un Diagnostico. Figura 100



Figura 100– Información del Paciente.

**Información del Evento Adverso** debe registrar la Fecha, el Evento y su Descripción, la Evolución y Seriedad. Figura 101

3. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Fecha de Inicio del Evento Adverso

Evento Adverso :

Descripción del Evento Adverso :

---

**EVOLUCION**

Recuperado sin Secuelas

**SERIEDAD**

Produjo o Prolongó Hospitalización

**Figura 101– Información del Evento Adverso.**

**Información de los Medicamentos** debe registrar los medicamentos del evento adverso del paciente. Figura 102

4. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Registre todos los medicamentos utilizados

MEDICAMENTOS AGREGADOS

NOMBRE MEDICAMENTO | EDITAR | ELIMINAR

**Figura 102– Información de los Medicamentos.**

**Manejo del Evento y su Desenlace** debe registrar la información si el evento se supero o volvió a aparecer. Figura 103

**5. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE**

<p style="text-align: center;"><b>SUSPENSIÓN</b></p> <p>¿El evento desapareció al suspender el medicamento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N/A</p> <p>¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N/A</p> <p>¿El evento desapareció con tratamiento farmacológico? <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI</p> <p style="text-align: center;"><input type="text" value="S-1-CUAL"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>RE-EXPOSICIÓN</b></p> <p>¿El evento reapareció al re-administrar al medicamento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N/A</p> <p>¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N/A</p>
---	---

**Figura 103– Manejo del Evento y su desenlace.**

**Análisis del Evento** debe registrar la Causalidad y la Justificación. Figura 104

**6. ANALISIS DEL EVENTO**

<p>Causalidad según Uppsala</p> <p><input checked="" type="radio"/> Definitiva</p>	<p>Justificación del Análisis de Acuerdo a Causalidad :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
--	--

**Figura 104– Análisis del Evento.**

Información del **Notificante Primario** debe registrar la información del Notificante del evento adverso de Medicamentos y Clic en **Guardar**. Figura 105

**7. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO**

Notificante	<input type="text" value="Nombre"/>	Profesión	<input type="text" value="SELECCIONE"/>
Dirección	<input type="text" value="Institución"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Correo	<input type="text" value="Correo Electronico Institucional"/>		

**Figura 105– Información del Notificante.**

Para ver las instrucciones de como reportar el Evento Adverso en Medicamento da Clic en **INSTRUCCIONES**. Figura 106



**1. ORIGEN DEL REPORTE**

FECHA DE NOTIFICACIÓN : Indicar la fecha en la que se diligenció el formato  
 ORIGEN : Indicar el Departamento y el Distrito o Municipio donde se encuentra la IPS

INSTITUCIÓN : Indicar el nombre de la Institución que genera el reporte (IPS, EPS, Profesional Independiente, etc.)

SERVICIO : Registrar el servicio asistencial de la IPS donde se presenta el evento  
 CODIGO DE HABITACION : Indicar el código de habitación de la IPS

**2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE RÉGIMEN DE AFILIACIÓN**

**5. MANEJO DEL EVENTO Y DESELANCE**

SUSPENSIÓN Y RE-EXPOSICIÓN : Indique con una X la información solicitada, de acuerdo a la casilla correspondiente: SI, No o N/A cuando se desconozca tal información o no se realizó suspensión y/o re-exposición

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO : Indicar si el evento requirió de manejo farmacológico y de ser positivo, indicar cual

**6. ANALISIS DEL EVENTO CAUSALIDAD**

CAUSALIDAD SEGUN UPPSALA : Señale con una X la clasificación del evento, según análisis de causalidad (centro de monitoreo internacional de farmacovigilancia Uppsala) realizado en el comité de farmacia y terapéutica o desarrollado en el programa de farmacovigilancia de la entidad

Figura 106– Instrucciones.

## 12.8 Reporte de Cultivos.

Al dar clic en **Reporte de Cultivos** **SEGURIDAD DEL PACIENTE** **Reportes de Cultivos** permite registrar la información de los cultivos realizados al paciente. Para lo cual debe colocar:

- ✓ La Fecha de tomado y Reporte.
- ✓ Tipo de Cultivo.
- ✓ Los Gérmenes Multidrogoresistentes.
- ✓ Medicamentos Antibióticos Resistentes

Dar clic en **Guardar**. Figura 107

**REPORTE DE CULTIVOS**

REPORTE DE CULTIVOS | HISTORIAL

**REPORTE DE CULTIVO**

Fecha Toma Cultivo: 17/07/2020  
Fecha Reporte Cultivo: 17/07/2020

**TIPOS DE CULTIVO**

Memeo 1     Sonda vesical     Ventilación mecánica     Cateter central  
 Memeo 2  
 Memeo 3  
 Urocutivo  
 SOT  
 Otro

**GERMENES MULTIDROGORESISTENTES**

E: Enterococcus faecium     S: Staphylococcus Aureus (SAMR)  
 C: Clostridium Difficile / Candida Auris     A: Acinetobacter Baumannii (IMP R)  
 P: Pseudomonas aeruginosa (MDR)     E: Enterobacteriaceae Inael  
 Ninguno     Otro

**PRINCIPIO ACTIVO:**  Activo     No activo     Efecto

CODIGO	P.ACTIVO	RESULTADO DE LA BÚSQUEDA DESCRIPCION	FORMA	OPCION
FOF080191060	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA 0.1 SOLUCION OPTALMICAS	SOLUCION OPTALMICAS	<input checked="" type="checkbox"/> GUARDAR
FOF080191061	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA 0.3 SOLUCION OPTALMICAS	SOLUCION OPTALMICAS	<input type="checkbox"/> GUARDAR

CODIGO	P.ACTIVO	ANTIBIOTICOS RESISTENTES SELECCIONADOS DESCRIPCION	FORMA	OPCION
FOF080191060	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA 0.1 SOLUCION OPTALMICAS	SOLUCION OPTALMICAS	<input checked="" type="checkbox"/> ELIMINAR

**GUARDAR**

Figura 107– Reporte de Cultivos.

Para ver el **HISTORIAL** de Reporte de Cultivos da clic en **HISTORIAL** y luego clic en **Ver**.  
Figura 108

**REPORTE DE CULTIVOS**

REPORTE DE CULTIVOS | HISTORIAL

INGRESO	FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OPCION
-	2494391	6266296	17/07/2020 11:10:54	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	<input checked="" type="checkbox"/> VER
-	2020-05-15				

Figura 108– Historial de Reporte de Cultivos.

**REPORTE DE CULTIVOS**

REPORTE DE CULTIVOS | HISTORIAL

**CERRAR [X]**

**REPORTE DE CULTIVO**

Fecha Toma Cultivo: 17/07/2020  
Fecha Reporte Cultivo: 17/07/2020

**TIPOS DE CULTIVO**

Memeo 1     Sonda vesical     Ventilación mecánica     Cateter central

**GERMENES MULTIDROGORESISTENTES**

Ninguno

CODIGO	P.ACTIVO	ANTIBIOTICOS RESISTENTES SELECCIONADOS DESCRIPCION	FORMA
FOF080191060	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA 0.1 SOLUCION OPTALMICAS	SOLUCION OPTALMICAS

Para regresar clic en **Cerrar.**

**CERRAR [X]**

### 13. FONOAUDILOGIA.

Al dar clic en **Fonoaudiología** **FONOAUDIOLOGIA** **Fonoaudiología** permite registrar la información de Fonoaudiología del paciente. Para lo cual se debe realizar la evaluación por sistemas.

**Alimentación** debe dar respuestas a las preguntas marcando **SI** o **NO** y colocar las respectivas observaciones. Figura 109

ALIMENTACIÓN				
	SI	NO	OBSERVACIONES	
Alimentación Condicionada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Modo ingesta de:				
Líquida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Sólida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Semi-sólida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Entero	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Horarios adecuados de alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Requiere de posturas diferentes cuando se alimenta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Uso de cubiertos especiales.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Siente reflujo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Distensión de abdomen plano.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Emesa con frecuencia.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Modo alteración de la deglución con:				
Líquida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Sólida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Semi-sólida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

**Figura 109– Alimentación.**

**Antecedentes Alimentación** debe dar respuestas a las preguntas marcando SI o NO, la frecuencia y si se requiere las observaciones. Figura 110.

ANTECEDENTES ALIMENTACION	
¿Come?	<input type="text" value="Open"/>
¿Ha perdido la sensibilidad en la boca al percibir el alimento?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Derrama el alimento?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Presenta dificultades para deglutir?	<input checked="" type="checkbox"/> Sólidos <input type="checkbox"/> Semi-Sólidos <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Espesos
¿Presenta dificultad para deglutir saliva?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Se demora en deglutir?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Presenta dificultad respiratoria?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Presenta cambios en la voz?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Le quedan residuos en boca después de deglutir?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Siente sensación de ahogo?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Tose después de deglutir?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Presenta regurgitación nasal?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Siente fatiga cuando come?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Con cual presenta mayor dificultad al deglutir?	<input type="checkbox"/> Sólidos <input checked="" type="checkbox"/> Semi-Sólidos <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Espesos

**Figura 110– Antecedentes Alimentación.**

**Antecedentes Generales** debe registrar los antecedentes marcando **SI** o **NO** y Cuales. Figura 111

ANTECEDENTES GENERALES				
	SI	NO	CUALES	
Neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Traqueostomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tiempo: <input type="text"/>	
Videos Fluoroscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DX: <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/>
Bronco - Pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	
Alimentación	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sonda Naso-Gástrica <input type="checkbox"/> Sonda Naso-Yeyunal <input type="checkbox"/> Gastrotomía			
Oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Neumonía Recurrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Fístula Traqueo-Bofágica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	
Intubación prolongada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tiempo: <input type="text"/>	

**Figura 111– Antecedentes Generales.**

**Aparato Digestivo** debe registrar la información de cada ítem y responder a la pregunta relacionada marcando **SI** o **NO** y colocar la respectiva observación. Figura 112

APARATO DIGESTIVO				
		SI	NO	OBSERVACIONES
ANOREXIA, HIPOREXIA, HIPEROREXIA	¿Tiene últimamente más o menos apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
POLIDIPSIA	¿Tiene más sed de lo habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
NAUSEAS	¿Tiene ganas de vomitar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
EMESIS	¿Van procesos de náuseas (por irritación) u ocurren de repente, sin previo aviso (centrales)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
DISFAGIA	¿Llanta dificultad para tragar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ODIOPHAGIA	¿Siente color al tragar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
PIROSIS	¿Siente un olor de tipo quemazon o ardor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HEMATEMESIS	¿Va vomitado sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
HEMORRÓICO	¿Presenta heces con sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Figura 112– Aparato Digestivo.**

**Deglución** se realiza la valoración de la Deglución del paciente teniendo en cuenta la preparatoria oral, oral o faríngea de acuerdo a acuerdo a la presentación del Liquido (LC: Liquido Claro, LE: Liquido Espeso, SB: Solido Blanco y SC: Solido Corriente) y colocar la respectiva observación. Figura 113

DEGLUCIÓN						
LC: LIQUIDO CLARO - LE: LIQUIDO ESPESO - SB: SOLIDO BLANCO - SC: SOLIDO CORRIENTE						
		LC	LE	SB	SC	OBSERVACIONES
PREPARATORIA ORAL	PREPARACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	ACOBAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	HIDROBOLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	BARBIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	DEBE LARIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	TOMA CON VASO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	TOMA CON PITTULO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ORAL	FORMACION DE BULO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	IND. LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	RESIDUOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FARINGEA	IND. MANDIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	TOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	ANOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	PASO DEL BULO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	ACCESO LARINGEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	RESPIRACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Figura 113– Deglución.**

**Diagnostico Fonoaudiológico** permite al Fonoaudiólogo registrar la valoración al paciente. Figura 114

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLÓGICO
<input type="text"/>

**Figura 114– Diagnostico Fonoaudiológico.**

**Exobucal** al permite registrar la valoración de los órganos fono articuladores del paciente marcando SI o NO y las respectivas observaciones. Figura 115

EXOBUCAL				
ÓRGANOS FONO ARTICULADORES				
		SI	NO	OBSERVACIONES
LABIOS NORMALES		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ADECUADO SELLE LABIAL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ADECUADA SIMETRÍA FACIAL EN EJE HORIZONTAL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
ADECUADA SIMETRÍA FACIAL EN EJE VERTICAL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Figura 115– Exobucal.**

**Función Oro- Motora y Reflejos** permite registrar la valoración si el paciente presenta Nausea, la Masticación, la Deglución y Salivación seleccionando los ítem de ausencia, débil/escasa, retraso, aumento o Normal. Figura 116

FUNCIÓN ORO-MOTORA Y REFLEJOS						
		AUSENCIA	DEBIL / ESCAZA	RETRASO	AUMENTO	NORMAL
NAUSEA		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
MASTICACION		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DEGLUCION		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
SALIVACION		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Figura 116– Función Oro-Motora y Reflejos.**

**Hábitos** permite registrar los hábitos del paciente marcando SI o NO y las respectivas observaciones. Figura 117

HÁBITOS				
		SI	NO	OBSERVACIONES
Fuma		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Bebe		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Uso adecuado de la voz		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Grita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Canta		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Esta expuesto al ruido		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Esta expuesto a vapores		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Esta expuesto a cambios de temperatura		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Esta expuesto a olores fuertes		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Esta expuesto a insecticidas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Esta expuesto al aire acondicionado		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Presenta hábitos orales nocivos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

**Figura 117– Hábitos.**

**Lenguaje** permite registrar los hallazgos del Lenguaje Compresivo y Expresivo del paciente marcando SI o NO y las respectivas observaciones. Figura 118

LENGUAJE				
	SI	NO	OBSERVACIONES	
LENGUAJE COMPRESIVO				
UBICADO EN TIEMPO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
UBICADO EN LUGAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
UBICADO EN PERSONA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
ORDENES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
RESPONDE A PREGUNTAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
CONTACTO VISUAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
LENGUAJE EXPRESIVO				
FORMACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
REPETICIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
LENGUAJE AUTOMÁTICO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
ERRORES ARTICULATORIOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
EXISTEN ALTERACIONES SERVO PERCEPTUALES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

**Figura 118– Lenguaje.**

**Órganos Fono Articulatorios** permite registrar los hallazgos de los órganos fono articuladores del paciente teniendo en cuenta la Integridad, la Movilidad, el Tono (Normal, Híper, Hipo), la Simetría y la Desviación (Izquierda o Derecha). Figura 119

ÓRGANOS FONO ARTICULADORES									
	INTEGRIDAD	MOVILIDAD	TONO			SIMETRÍA	DESVIACIÓN		
			NOR	HEPER	HIPO		IZQUIERDA	DERECHA	
LENQUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
LABIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
MANDIBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
PALADAR DURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
PALADAR BLANDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
UVULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
MUSCULATURA FACIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
FRENILLO LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
FRENILLO LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ATM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Figura 119– Órganos Fono Articulatorios.**

**Plan de Manejo** permite registrar el plan de manejo al Profesional del paciente. Figura 120

PLAN DE MANEJO
<input type="text"/>

**Figura 120– Plan de Manejo.**

**Voz y Respiración** permite registrar los hallazgos de Voz y respiración del paciente del Tipo de respiratorio (costal superior, torácico, diafragmático o abdominal), el Modo Respiratorio (nasal, oral o mixto) y marcar como Si o No las Adecuadas Calidades de la Voz, colocar las observaciones y da clic en **Guardar Formulario**. Figura 121

VOZ Y RESPIRACION				
	SI	NO	OBSERVACIONES	
TIPO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> Costal superior <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Diafragmatico <input type="checkbox"/> Abdominal			
MODOS RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Mixto			
ADECUADAS CALIDADES DE LA VOZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

[Guardar Formulario](#)

**Figura 121– Voz y Respiración.**

Se confirma el Registro de la información.

ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR EL FORMULARIO

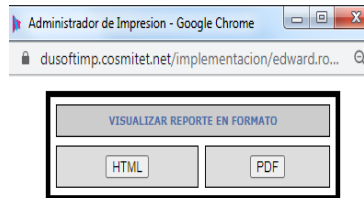
EL FORMULARIO SE REGISTRO CORRECTAMENTE

Para ver el Historial se da clic en **HISTORIAL** y clic en **Imprimir Reporte**. Figura 122

FONOAUDIOLOGIA				
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL		
No. Formulario	Evolucion	Usuario	Fecha	Reporte
9	6266305	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	2020-07-23 02:07	<input type="button" value="Imprimir Reporte"/>

**Figura 122– Historial de Fonoaudiología.**

Se selecciona HTML o PDF



Se genera el Reporte de Impresión de Fonoaudiología.

https://dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial/cache/kw/Fvu.html - Google Chrome  
 https://dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial/cache/kw/Fvu.html

**REPORTE FONOAUDIOLOGIA No. 9**

**NOMBRE:** PACIENTE DE PRUEBAS UNIDAD RENAL  
**DIRECCIÓN:** MANZANA D CASA 9 FRATLEJONES SALENTO QUINDIO  
**FECHA REGISTRO:** 23-07-2020 14:20

**DOCUMENTO:** CC 9930072  
**TELÉFONO:** 3206868224\*  
**INGRESO:** 2494291

ALIMENTACIÓN		SI	NO	OBSERVACIONES
Alimentación Condicionada			X	
Hace ingesta de:				
Líquidos				
Sólidos				
Semi-sólidos				
Síntesis				
Horarios adecuados de alimentación				
Requiere de posturas diferentes cuando se alimenta.				
Uso de cubiertos especiales.				
Siente reflujo.				
Sensación de abdomen lleno.				
Emesis con frecuencia.				
Hace alteración de la deglución con:				
Líquidos				
Sólidos				
Semi-sólidos				

ANTECEDENTES ALIMENTACION		SI	NO	Frecuencia
Come	normal			
¿Ha perdido la sensibilidad en la boca al percibir el alimento?	SI : X NO : __			
¿Derrama el alimento?	SI : __ NO : X Frecuencia : __			
¿Presenta dificultades para deglutir?	Sólidos : __ Semi-Sólidos : __ Líquidos : __ Espesos : __			
¿Presenta dificultad para deglutir saliva?	SI : __ NO : __			
¿Se demora en deglutir?	SI : __ NO : __			
¿Presenta dificultad respiratoria?	SI : __ NO : __			
¿Presenta cambios en la voz?	SI : __ NO : __			
¿Le quedan residuos en boca después de deglutir?	SI : __ NO : __ Frecuencia : __			
¿Siente sensación de ahogo?	SI : __ NO : __ Frecuencia : __			
¿Tose después de deglutir?	SI : __ NO : __ Frecuencia : __			
¿Presenta regurgitación nasal?	SI : __ NO : __ Frecuencia : __			
¿Siente fatiga cuando come?	SI : __ NO : __ Frecuencia : __			
¿Con cual presenta mayor dificultad al deglutir?	Sólidos : __ Semi-Sólidos : __ Líquidos : __ Espesos : __			

ANTECEDENTES GENERALES		SI	NO	CUALES
Neurologico			X	ninguno
Traqueotomia			X	Tiempo : __
Video Fluoroscópico			X	DX : __ Fecha : __

## 14. ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS

Al dar clic en **Escala, Controles y Encuestas** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 123

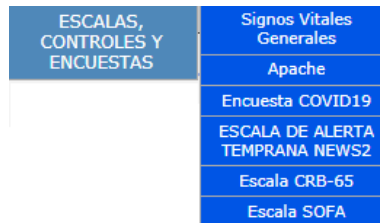
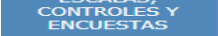


Figura 123– Escalas, Controles y Encuestas.

### 14.1 Signos Vitales Generales.

Al dar clic en **Signos Vitales Generales**   permite registrar los signos vitales del paciente. Figura 124

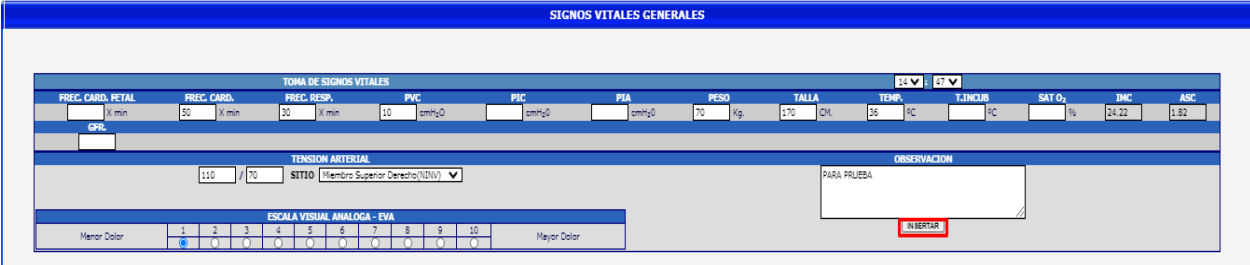


Figura 124– Signos Vitales Generales.

La información es almacenada y permite eliminar el registro de los signos vitales o ver la Gráfica de la Curva Térmica. Figura 125

**SIGNOS VITALES GENERALES**

---

**TOMA DE SIGNOS VITALES**

PREG. CARD. FETAL	PREG. CARD.	PREG. RESP.	PVC	PIE	PIA	PESO	TALLA	TEMP.	T. INCLIB	SAT O <sub>2</sub>	IMC	ASC
1/min	50	18/min	55	mmHg	mmHg	70	170	35	35	92	25.22	1.52

TENSION ARTERIAL: 110 / 70      SITIO: Miembro Superior Derecho (NDV)

OBSERVACION: PARA PRUEBA

---

**LISTADO DE SIGNOS VITALES**

FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIE	PIA	PESO (Kg)	TALLA (CM)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.	TEMP.	T. INCLIB	EVA	SAT O <sub>2</sub>	ASC	IMC	USUARIO
NDV	14:35:00	---	50	30	55	---	---	70.00	170	110 / 70	83	Miembro Superior Derecho (NDV)	35.00	---	1	---	1.82	24.22	---

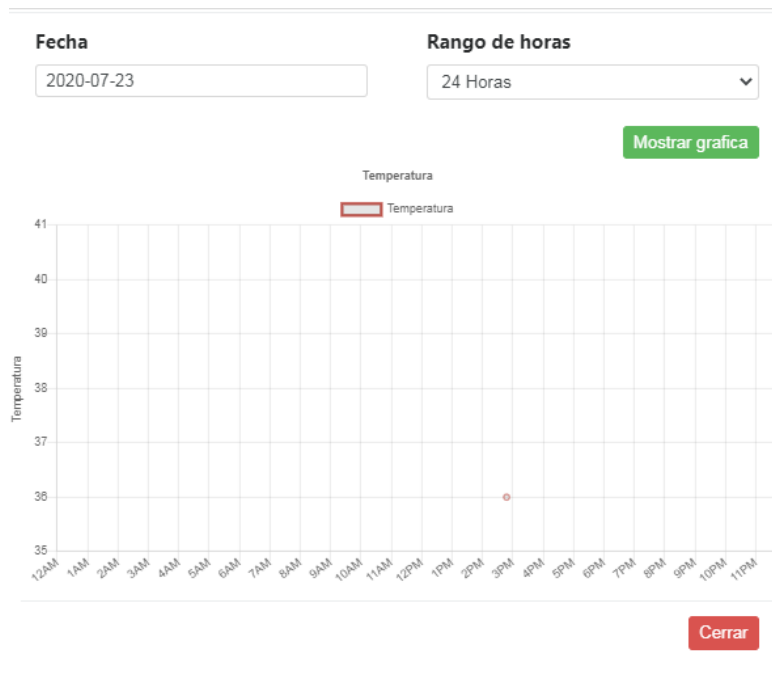
GRAFICA DE CURVA TERMICA

---

HORA Y FECHA DE REGISTRO		SIGNOS VITALES TRIAGE		USUARIO QUE REGISTRO		Medico de Pruebas			
F.C.	F.R.	PESO (Kg)	TENSION ARTERIAL	TEMP.	EVA	SAT O <sub>2</sub>	GLASGOW		
50	30	76.00	110 / 70	35.00	1	92.00	---		

**Figura 125– Signos Vitales Generales.**

Al dar clic en Gráfica de Curva Térmica permite visualizar por fecha y Rangos de Horas la información de la temperatura del paciente. Figura 126



**Figura 126– Gráfica de Curva Térmica.**

## 14.2 APACHE.

Al dar clic en **Apache (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II)**

ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS

Apache

Permite registrar la clasificación de Severidad del Paciente de acuerdo a los ítem evaluados da una valoración pronostica de Mortalidad fundamentada en la determinación de las alteraciones de variables fisiológicas y de parámetros de laboratorio cuyo valor predice el factor de mortalidad.

Para realizar el registro de **Apache** se debe dar clic en el valor correspondiente de cada rango (Elevado, Normal o Bajo) en cada una de las **Variables Fisiológicas**.

- ✓ Se debe registrar el valor en la **Escala de Glasgow** y en Puntos Por Salud Crónica que aplique al paciente.
- ✓ El sistema automáticamente calcula la Escala de Glasgow, los puntos PFA, los puntos por Edad, los Puntos de Enfermedad Crónica, El puntaje Total y la probabilidad de fallecimiento. Dar clic en **Guardar**. Figura 127

**APACHE II (SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD)**

SELECCIONE LA PUNTAJACIÓN ASOCIADA A CADA VARIABLE	
Variables Fisiológicas	Rango Elevado (44)   Normal (41)   Rango Bajo (44)
Respiración Total/mm3 en ml/min	>= 40   20-39.9   15-19.9   2-14.9   1-2.9   < 1
Respiración arterial media (cmHg)	>= 180   120-179   110-119   70-109   50-69   <= 48
Presión arterial media (responda ventricular)	>= 180   140-179   110-119   70-109   50-69   40-94   <= 38
Frecuencia respiratoria (no ventilado o ventilado)	>= 50   30-49   20-24   12-24   10-11   6-9   <= 5
Diagnóstico (Elegir a o b o c) PFA2 < 0.5 anotar PFA2	>= 200   100-199   200-249   < 200   > 70   61-70   50-60   < 50
Temperatura rectal (ajustar a 0.5°C)	>= 41.4   39-40.9   38.5-39.9   36-38.4   34-35.9   32-33.9   30-31.9   <= 29.9
pH arterial (Preferido)	>= 7.7   7.4-7.69   7.3-7.39   7.31-7.49   7.28-7.32   7.18-7.24   < 7.13
MO2 arterial (mmHg)	>= 50   45-51.9   32-40.9   22-31.9   18-21.9   15-17.9   < 15
Scale Sístole (mmHg)	>= 180   160-179   130-139   100-109   80-89   70-79   60-69   < 50
Puntaje Sístole (mmHg)	>= 7   6-6.9   5.5-5.9   3.5-3.4   3-3.4   2.5-2.9   < 2.5
Creatinina sérica (mg/dl) o (mmol/l)	>= 3.5   2-3.4   1.5-1.9   0.8-1.4   < 0.6
Proteína en caso de hematuria aguda (hematocrito %)	>= 80   30-79.9   48-49.9   30-49.9   20-29.9   < 20
Índice de Glasgow (15 minutos actual)	15-13   0
PUNTOS PFA	> 75
PUNTOS POR SALUD CRÓNICA	0
PUNTAJE TOTAL	13
PROBABILIDAD DE FALLECIMIENTO	15.90%
<b>GUARDAR</b>	

Figura 127– Apache.

Se confirma al dar clic en **Aceptar**.

DATOS INGRESADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

Para ver el Historial da clic en **HISTORIAL**

### 14.3. Encuesta Covid19

Al dar clic en **Encuesta Covid19** **ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS** **Encuesta COVID19** permite registrar la información de la encuesta que va asignando valores para al final tener el acumulado.  
Figura 128

ENCUESTA COVID19			
1. Tiene o ha tenido en las ultimas 72 horas alguno de los siguientes síntomas:			
SINTOMAS	SI	NO	PUNTAJE
¿Está teniendo tos seca?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0
¿Está teniendo escalofríos?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0
En este momento o en los días previos ¿Ha tenido diarrea?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
¿Esta teniendo dificultad para respirar? (Como si no le entrará el aire en el pecho)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
¿Tiene dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
¿Está teniendo dolor de cuerpo y malestar general?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
¿Está presentando dolores de cabeza?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
¿Ha perdido el olfato?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0
¿Está experimentando fatiga? (Real deterioro de movimientos y ganas de hacer algo)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0
¿Ha tenido fiebre mayor a 37.8°C?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1

Continúa con el registro de la Encuesta y da clic en **Registrar Encuesta.**

3. ¿Ha viajado o ha estado en área afectada por SARS-COV2 (COVID19)?  
(Puntaje 0)

SI  NO

4. ¿Ha estado en contacto directo o cuidado algún paciente positivo a SARS-COV2 (COVID19)?  
(Puntaje 0)

SI  NO

5. ¿Se encuentra en autoaislamiento?  
(Puntaje 0)

SI  NO

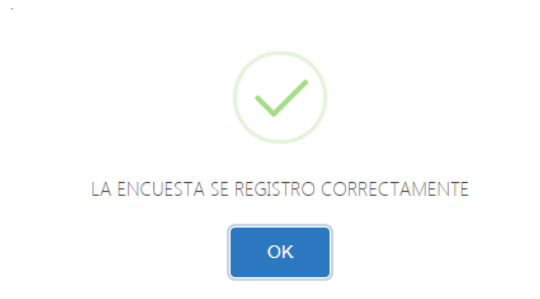
[Registrar Encuesta](#)

En la parte inferior se encuentra el rango de puntajes y el resultado final de la encuesta

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Podría ser estrés, tome sus precauciones y observe	0 - 2
Hidrátese, conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días	3 - 5
<b>Acuda a consulta con el médico</b>	<b>6 - 11</b>
Llame a los servicios para realizar detección para SARS-COV2 (COVID19)	12 o más
<b>Puntaje Total : 10</b>	

**Figura 128– Encuesta Covid19.**

Muestra el mensaje de Confirmación de la Encuesta



Para imprimir la Encuesta Covid19 debemos ir al módulo Bioestadística.



Se realiza la consulta por medio de los Filtros y Clic en **Buscar**.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

---

EMPRESA: COSMITET LTDA    MODULO: BIODIAGNOSTICA    FECHA: lunes, 06 de abril de 2020

### BUSCADOR AVANZADO

TIPO DOCUMENTO:

DOCUMENTO:

NOMBRES:

SERVICIO:

HISTORIA:

FECHA:  [dd-mm-aaaa]  [dd-mm-aaaa]

No EVOLUCION:

DIAGNOSTICO INGRESO:

DIAGNOSTICO EGRESO:

FINALIDAD:

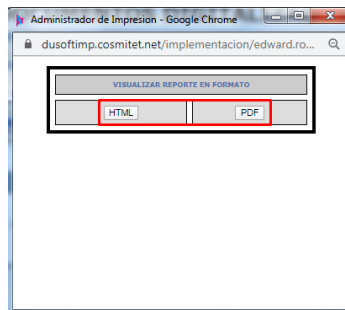
Notas Operatorias     Justificación Med. No Pos     Control Transfusiones     Justificación Proc. No Plus     Notas Anestésicas     Exámenes     Reserva Sangre     Transfusión Sanguínea     Transcripción Resultados Patologías     Lista de chequeo postparto cesárea     Registro Prenatal     Tratamiento Breiquiterapia     Formato Reporte Interno     FOREAM     Formato Delito Sexual     **Encuesta COVID19**     Junta Médica

**DIGITALIZAR DOCUMENTOS\*\***

Da clic en Encuesta

Identificación	Datos Paciente		Estudios	HC    Familiarograma Epicrisis	IMPRESION HC ENTREGA PACIENTE	
CC - 31385215	PACIENTES PRUEBAS DE .		IMAGENES REY DAVID	Ecomapa Familiarograma	IMPRESION MASIVA HC	
Ingreso	Nueva Epicrisis1	Epicrisis	Departamento	Servicio	Fecha	HC ENTREGA
2494289	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENCIAS - REY DAVID	URGENCIAS	2020-04-06	
Encuesta COVID19		<input checked="" type="checkbox"/> Encuesta	ID.Justificación	Justificaciones No Pos Previas	FECHA	MEDICAMENTO

Se habilitan los Formatos de impresión HTML o PDF



La impresión de la Encuesta.

**ENCUESTA COVID19**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PUESTOS PRUEBAS DE: \_\_\_\_\_ COORDENADO: \_\_\_\_\_ CC: 130219  
 DIRECCION: CR 102 454 55 TELÉFONO: 011021 50-080209  
 FECHA REGISTRO: 05-04-2020 16:02 INGRESO: \_\_\_\_\_ PIS: 054255

1. ¿Hizo o ha hecho en las últimas 72 horas alguno de los siguientes síntomas?

SÍNTOMAS	SI	NO	PUNTAJE
¿Está teniendo tos seca?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
¿Está teniendo resaca?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Si está tosiendo o en los dos días previos ¿Ha tenido dolor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Está teniendo dificultad para respirar? (Como si no le entrara el aire en el pecho)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Tiene dolor de garganta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Está teniendo dolor de cuerpo y miembros inferiores?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Está presentando alterna de sueño?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Ha perdido el olfato?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
¿Está experimentando náusea? (Sin síntomas de vomitar y ganas de hacer algo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
¿Ha tenido fiebre mayor a 37.5 C?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

2. ¿Ha estado usted en los últimos 14 días por fuera del país? (Puntaje 0)

SI  X  NO

PAIS	SI	NO
CHINA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ITALIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ESPAÑA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
IRAN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ALEMANIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ESTADOS UNIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
FRANCIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
COLOMBIA DEL SUR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS PAISES VISITADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Ha viajado o ha estado en una vivienda por SARS-COV2 (COVID19)? (Puntaje 0)

SI  NO

4. ¿Ha estado en contacto directo o cuidado algún paciente positivo a SARS-COV2 (COVID19)? (Puntaje 0)

SI  NO

5. ¿Se encuentra en auto aislamiento? (Puntaje 0)

SI  NO

**Resultados Encuesta COVID19**

DESCRIPCION	PUNTAJE
Podría ser asintomático, tome sus precauciones y observe	0 - 3
Podría ser, consulte medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días	4 - 11
Alta de consulta con el médico	12 - 14
Llame a los servicios para realizar detección para SARS-COV2 (COVID19)	15 - 16

Puntaje Total: 10

ID: \_\_\_\_\_  
 PROFESIONAL: MEDICO FLEBIS  
 CC: 130219-19-1002099  
 ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL UCI  
 nombre: COSMITET/ALBERTO GONZALEZ VILLAR

Fecha Impresión: 2020/05/11 09:24

## 14.4. Escala de Alerta Temprana News2

Al dar clic en **Escala de Alerta Temprana News2**

ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS

ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2

permite evaluar el estado de enfermedad del paciente de acuerdo a los signos vitales. Figura 129

**ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2**

INFORMACIÓN GENERAL HISTORIAL

Nombre	Escala	Medición	Puntaje
FR	<input type="text" value="30"/>	resp./min	3
SpO2	<input type="text" value="10"/>		3
PIO2	<input type="text" value="10"/>	%	0
Temperatura	<input type="text" value="36"/>	C	3
PS	<input type="text" value="70"/>	mmHg	3
FC	<input type="text" value="10"/>	lpm	3
Conciencia/ACVDI	<input type="text" value="Alerta"/>		0


Y en la parte inferior se encuentra la Escala de Resultados y Clic en **Guardar**.

Escala de Resultados		
Puntaje NEWS2	Riesgo Clínico	Respuesta
0 - 4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería
3 en cualquier parámetro	Punto de corte	Umbral para respuesta urgente
5 - 6	Medio	Respuesta urgente
7 o más	Alto	Respuesta emergente


Puntaje Total : 15

Guardar Formulario

Figura 129– Escala de Alerta Temprana News2.



ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR LA ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2



LA ESCALA SE REGISTRO CORRECTAMENTE

La información de la Escala es almacenada y para ver el **Historial** Clic en HISTORIAL y clic en **Ver Resultado**. Figura 130

ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2					
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL			
No. Resultado	Evolucion	Usuario	Fecha	Puntaje	Ver
5	6266306	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	2020-07-23 03:07	15	<input type="button" value="Ver Resultado"/>

Figura 130– Historial de Escala de Alerta Temprana News.

Resultado Escala Alterta Temprana NEWS2 No. 5

Nombre	Escala	Medición	Puntaje
PR	30	resp/min	3
SeO2	10		3
PIO2	10	%	0
Temperatura	35	C	3
PS	70	mmHg	3
FC	10	lpm	3
Conciencia/ACVDI	Alerta		0

Escala de Resultados		
Puntaje NEWS2	Riesgo Clínico	Respuesta
0 - 4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería
3 en cualquier parámetro	Punto de corte	Umbral para respuesta urgente
5 - 6	Medio	Respuesta urgente
7 o más	Alto	Respuesta emergente

Puntaje Total : 15

## 14.5. Escala de CRB -65

Al dar clic en **Escala de CRB-65** **ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS** **Escala CRB-65** permite evaluar el estado de acuerdo a los ítem de si presenta confusión, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y si es mayor de 65 años al marcar **SI** o **No** le da un **Puntaje** que se evalúa en la escala permitiendo direccionar al paciente y da clic en **Guardar Formulario**. Figura 131

**ESCALA CRB-65**

INFORMACIÓN GENERAL **HISTORIAL**

Descripción	Opciones	Puntaje
El enfermo presenta confusión	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	0
Frec. respiratoria mayor o igual que 30/m	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	0
T.A. sistólica < 90 mm Hg o T.A. diastólica menor o igual a 60 mm Hg	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	0
Edad es igual o mayor que 65 años	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>	1

**Escala de Resultados**

Puntaje	Riesgo	Mortalidad	Direccionamiento
0	Bajo	<1% de mortalidad	Ambulatorio cuidados en casa
1 - 2	Intermedio	1% - 10% de mortalidad	Ambulatorio / Institucional
3 - 4	Alto	> 10% de mortalidad	Institucional

Puntaje Total : 1

[Guardar Formulario](#)

**Figura 131– Escala CRB-65.**



ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR LA ESCALA CRB-65

SI  NO



LA ESCALA SE REGISTRO CORRECTAMENTE

La información de la Escala es almacenada y para ver el **Historial** Clic en **HISTORIAL** y clic en **Ver Resultado**. Figura 132

**ESCALA CRB-65**

INFORMACIÓN GENERAL **HISTORIAL**

No. Resultado	Evolución	Usuario	Fecha	Ver
6	6266308	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	2020-07-24 07:07	<a href="#">Ver Resultado</a>
5	6266308	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	2020-07-24 07:07	<a href="#">Ver Resultado</a>

**Figura 132– Historial Escala CRB-65.**

**Resultado Escala CRB-65 No. 6**

Descripción	Opciones	Puntaje
El enfermo presenta confusión	SI_NO X	0
Frec. respiratoria mayor o igual que 30/m	SI_NO X	0
T.A. sistólica < 90 mm Hg o T.A. diastólica menor o igual a 60 mm Hg	SI_NO X	0
Edad es igual o mayor que 65 años	SI X NO _	1

**Escala de Resultados**

Puntaje	Riesgo	Mortalidad	Direccionamiento
0	Bajo	<1% de mortalidad	Ambulatorio cuidados en casa
1 - 2	Intermedio	1% - 10% de mortalidad	Ambulatorio / Institucional
3 - 4	Alto	> 10% de mortalidad	Institucional

Puntaje Total : 1

## 14.6. Escala SOFA

Al dar clic en **Escala de Sofa** ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS Escala SOFA permite evaluar la Disfunción o fracaso de órganos fundamentales del paciente lo cual va generando un Puntaje y clic en Guardar Formulario. Figura 133

ESCALA SOFA

INFORMACIÓN GENERAL **HISTORIAL**

Descripción	Opciones	Puntaje
Respiratorio	Pafi mayor o igual a 400 +/- V.Mecanica	0
Coagulación	Pla9 100 - 150	1
Cardiovascular	Pam mayor o igual 70 mmHg	0
Glasgow CS	GCS 13-14	1
Hepático (Br)	Br < 1,2	0
Renal	Cr < 1,2	0
<b>Puntaje Total :2</b>		

[Guardar Formulario](#)

**Figura 133– Escala SOFA.**



ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR LA ESCALA SOFA

[Si](#) [No](#)



LA ESCALA SE REGISTRO CORRECTAMENTE

[OK](#)

La información de la Escala es almacenada y para ver el **Historial** Clic en **HISTORIAL** y clic en **Ver Resultado**. Figura 134

ESCALA SOFA

INFORMACIÓN GENERAL **HISTORIAL**

No. Resultado	Evolucion	Usuario	Fecha	Ver
4	6266308	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	2020-07-24 08:07:24	<a href="#">Ver Resultado</a>

**Figura 134– Historial Escala SOFA.**

## Resultado Escala SOFA No. 4



Descripción	Opciones	Puntaje
Respiratorio	Pafi mayor o igual a 400 +/- V.Mecanica	0
Coagulación	PlaQ 100 - 150	1
Cardiovascular	Pam mayor o igual 70 mmHg	0
Glasgow CS	GCS 13-14	1
Hepático (Br)	Br < 1,2	0
Renal	Cr < 1,2	0
<b>Puntaje Total :2</b>		

## 15. DEFINIR CONDUCTA DEL PACIENTE

El profesional debe dar clic en **Cerrar**.




Miércoles, 01 de Abril de 2020  





  
**COSMITET LTDA**  
Medico de Pruebas Dusoft  
**MENU**

**PACIENTE DE PRUEBAS** Edad: 34 años, 0 meses, 14 días.  
 Responsable: COOMEVA EPS - URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019  
**CONSULTA HC EMPRESAS:**

**VOLVER** **CERRAR**

Se define la Conducta y clic en Continuar. Figura 135




Miércoles, 01 de Abril de 2020  





  
**COSMITET LTDA**  
Medico de Pruebas Dusoft  
**MENU**

**PACIENTE DE PRUEBAS** Edad: 34 años, 0 meses, 14 días.  
 Responsable: COOMEVA EPS - URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019  
**CONSULTA HC EMPRESAS:**

**VOLVER** **CONTINUAR**

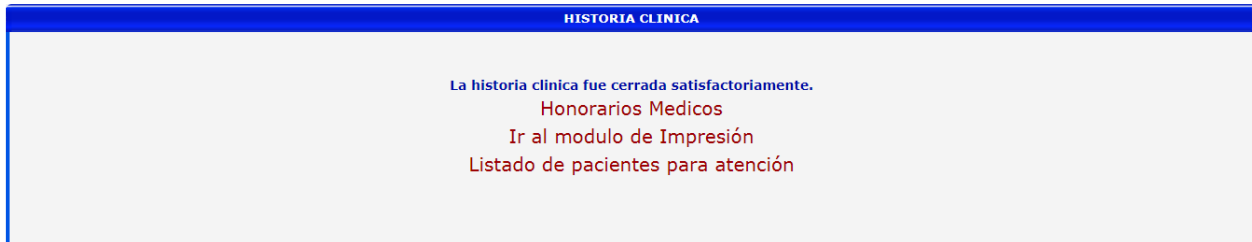
**Conducta Medica**

- Dar de Alta
- Continuar Atención
- Remitir a otra Institución
- Trasladar a Cirugia
- Trasladar a Observación Urgencias
- Trasladar a Hospitalización
- Trasladar a UCI
- Defuncion del Paciente
- Alta Voluntaria
- FUGA

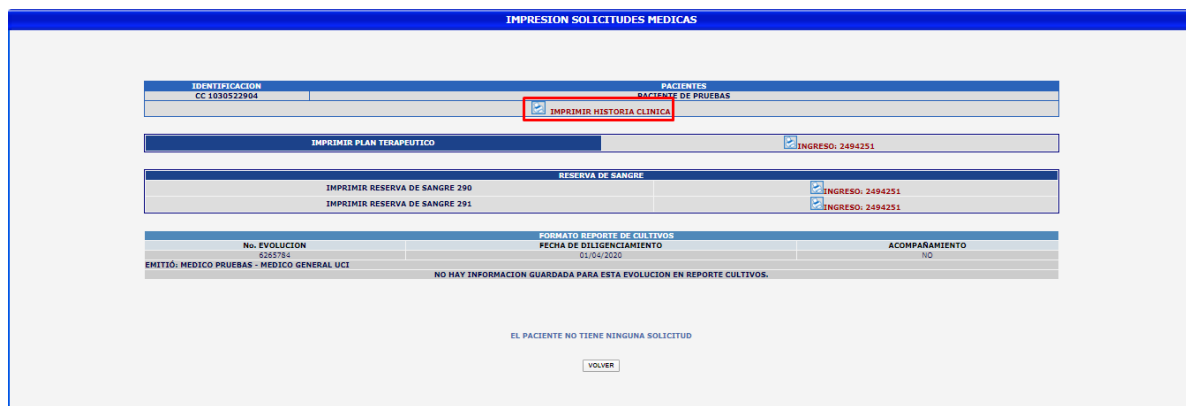
OBSERVACIONES

**Figura 135 – Definir Conducta Médica**

La Historia Clínica es **Cerrada**.

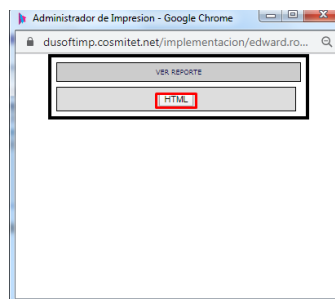


Al dar clic en **Ir al modulo de Impresión** permite realizar la impresión de los reporte de Historia Clínica. Figura 136



**Figura 136 – Impresión Historia Clínica**

Se activa el administrador de Impresión y da clic en **HTML**.



https://dusoftimp.cosmitet.net/implementacion/edward.rojas/asistencial/cache/yq7wME.html - Google Chrome

## HISTORIA CLINICA

<b>PACIENTE:</b> PACIENTE DE PRUEBAS	<b>IDENTIFICACION:</b> CC 1030522904	<b>HC:</b> 1030522904 - CC
<b>POBLACION VULNERABLE:</b>	<b>PERTENENCIA ETNICA:</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> 19/3/1986	<b>EDAD:</b> 34 Años	<b>SEXO:</b> F
<b>RESIDENCIA:</b> BUITRA	<b>VALLE DEL CAUCA-CALI</b>	<b>TIPO AFILIADO:</b> Cotizante
<b>OCCUPACION:</b> RECEPCIONISTAS Y EMPLEADOS DE INFORMACIONES	<b>TELEFONO:</b> NA	<b>CELULAR:</b> 322588974
<b>NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:</b> carlos suarez	<b>PARENTESCO:</b> Otro	<b>TELEFONO:</b> 33332333
<b>NOMBRE ACOMPAÑANTE:</b> CARLOS SUAREZ	<b>PARENTESCO:</b> Otro	<b>TELEFONO:</b> 33332333
<b>FECHA INGRESO:</b> 12/3/2020 - 09:14:27	<b>FECHA EGRESO:</b> -	<b>CAMA:</b>
<b>DEPARTAMENTO:</b> 060606 - URGENCIAS - REY DAVID	<b>SERVICIO:</b> URGENCIAS	
<b>PLAN:</b> URG-VITAL COOMOEA CONTRIBUTIVO 2019		
<b>ESTADO CIVIL:</b> SOLTERO(A)		

Imprimió: Medico de Pruebas Dusoft - medico.urgepruebas Fecha Impresión: 2020/4/1 - 11:50:43

HOJA TRIAGE  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE URGENCIAS - REY DAVID

<b>Clasificación:</b>	Nivel 1 ROJO	<b>Fecha:</b>	12/03/2020 09:18					
<b>Causas Probables:</b>								
<b>Motivo Consulta:</b>	Enfermedad general Prueba							
<b>Signos Vitales:</b>	P.C.	F.R.	PESO(Kg)	T.A.	TEMP.	EVA.	GLASGOW	SAT02
	55	35	80.00	110 / 60	35.00	1	13	98.00

**Observación:**

**Impresión Diagnostica:** prueba para elaboración de manuales

CODIGO	DESCRIPCION
	prueba para elaboración de manuales

Profesional: LUIS CERON  
CC 79182626 T.P. 19302289

Al dar clic en **Listado de pacientes para atención** permite regresar a lista de pacientes en la Estación de Enfermería para evolucionar otro Paciente. Figura 137

**ESTACION DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA**

Empresa: COSMITET LTDA    Centro Filial: COSMITET - CALI    Unidad Funcional: REY DAVID - CALI    Departamento: URGENCIAS - REY DAVID

\*ST\* REGISTRO DE LLAMADAS A ESPECIALISTA

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PREORL	TIEMPO HOSP.	SEÑOS VITALES	MED. PACIENTES	ORDEN SERVICIOS	SABANA	IMP	IMAGENES	PROFESIONALES ATENCION	DPD	ENA	ENT	ESR	EAE	TCL
PACIENTE DE PRUEBAS	34 Años	0	20:04	0/0/0/0	0/0	0/0/0	0/0	0/0	0/0	MEDICO PRUEBAS	0	1	1	0	0	2

**Exits/Vomenes no Autorizados ENA** 1

**Exits/Vomenes no Tomados ENT** 1

**Exits/Vomenes sin Resultados ESR** 0

**Exits/Vomenes no Autorizados EAE** 0

**pacientes que llevan mas de 1 hora en Urgencias Consultas** 7

**Documentos pendientes por digitalizar: DPD** 0

**Tiempo de cumplimiento de ordenes medicas TCL** 17

**Controles de Pacientes**

- 0 Ditas
- 0 Líquidos
- 0 Kards

**Impresión Y Cargue de Insumos**

- 0 Episos y Autorizaciones
- 0 Cargar Insumos (Cuenta Paciente)
- 0 Impresion Ordenes Medicas

Seleccionar Estacion    Refrescar

**Estadísticas EE.**

**Reporte de Pacientes EE.**

- Pacientes Hospitalizados EE. (0)
- Pacientes X Ingresar EE. (0)
- Pacientes en consulta EE. (7)
- Pacientes X Egresar EE. (0)

Figura 137 – Panel de Enfermería