



MANUAL DE USUARIO

DUSOFT

MANUAL

HISTORIA CLINICA LECTROFISIOLOGIA

ENFERMERIA

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

Fecha	Versión	Descripción del Cambio	Aprobó
04-12-2020	01	Creación	Ing. York Larry Sánchez Cuero.

TABLA DE CONTENIDO

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES.....	2
TABLA DE CONTENIDO.....	3
OBJETIVO.....	10
ALCANCE.....	11
1. AUTENTICACION DE USUARIO.....	12
2. ATENCION DE PACIENTES.....	14
3. HISTORIA CLINICA.....	24
3.1 NOTAS DE ENFERMERIA.....	24
3.2 ASISTENCIA VENTILATORIA UCI.....	25
3.3 LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS.....	26
3.4 CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	27
3.5 EVOLUCION.....	28
3.6 CONTROLES PACIENTES.....	28
3.7 MARCAPASOS.....	29
3.8 TRANSFUSIONES SANGUINEAS.....	30
3.9 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PAE.....	32
3.10 TERAPIAS DE RECUPERACIÓN.....	33
4. EVOLUCION.....	33
5. UNIDAD RENAL.....	35
5.1 PRESCRIPCION HEMODIÁLISIS.....	36
5.2 VACUNACIÓN HEPATITIS.....	38
5.3 CLASIFICACIÓN ORIFICIO DE SALIDA.....	38
5.4 PRESCRIPCIÓN DIÁLISIS.....	39
6. CIRUGIA PROCEDIMIENTOS.....	40
6.1 DESCRIPCIÓN OPERACIÓN.....	41

7. HERIDAS Y OSTOMIAS.....	41
7.1 CURACIÓN DE HERIDAS Y OSTOMIAS.....	41
7.2 VERIFICACIÓN DIARIA DE LA PIEL.....	42
7.3 ULCERAS POR PRESIÓN.....	43
8. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	45
9. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	48
9.1 NOTAS DE SEGURIDAD.....	48
9.2 ESCALA DE BRADEN.....	49
9.3 CONTROL RIESGO DE CAÍDAS.....	51
9.4 EVENTOS ADVERSOS.....	52
9.5 CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.....	53
9.6 CATÉTER VENOSO CENTRAL.....	58
9.7 FOREIA.....	65
9.8 FOREAM.....	67
9.9 ESCALA HUMPTY DUMPTY.....	69
10. ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS.....	71
10.1 SIGNOS VITALES GENERALES.....	71
10.2 CONTROL NEUROLOGICO.....	72
10.3 LISTA DE CHEQUEO CESAREA/POS-PARTO.....	73
10.4 ENCUESTA COVID19.....	76
10.5. ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2.....	79
10.6. ESCALA DE CRB -65.....	81
10.7. ESCALA SOFA.....	83
10. DEFINIR CONDUCTA DEL PACIENTE.....	84

TABLA DE FIGURAS

Figura 1 - Autenticación de Usuario.....	12
Figura 2 - Autenticación Correcta.....	13
Figura 3 - Atención de Pacientes.....	14
Figura 4 - Electrofisiología.....	14
Figura 5 - Estación de enfermería: Electrofisiología.....	15
Figura 6 -Datos del Paciente.....	16
Figura 7 - Menú Información del paciente.....	18
Figura 8 – Menú Historia Clínica.....	24
Figura 9 – Nota de Enfermería.....	24
Figura 10 - Asistencia Ventilatoria Uci.....	25
Figura 11 – Lectura de Apoyos Diagnósticos.....	26
Figura 12 – Consultar Resultado.....	27
Figura 13 – Cumplimiento a Procedimientos Realizados.....	27
Figura 14 – Evolución.....	28
Figura 15 – Controles Pacientes.....	28
Figura 16 – Marcapasos.....	29
Figura 17 – Historial Marcapasos.....	29
Figura 18 – Transfusiones Sanguíneas.....	30
Figura 19 – Plan de Atención de Enfermería PAE.....	32
Figura 20 – Historial Plan de Atención de Enfermería PAE.....	33
Figura 21 – Terapias de Recuperación.....	33
Figura 22 - Información de Cáncer.....	33

Figura 23 – Menú Unidad Renal.....	35
Figura 24 – Prescripción Hemodiálisis.....	36
Figura 25 – Información General.....	36
Figura 26 – Monitoreo de Hemodiálisis.....	37
Figura 27 – Historial de Control de Hemodiálisis.....	37
Figura 28 – Vacunación Hepatitis.....	38
Figura 29 – Historial de Vacunación.....	38
Figura 30 – Clasificación Orificio de Salida.....	39
Figura 31 – Historial de Clasificación Orificio de Salida.....	39
Figura 32 – Prescripción Diálisis.....	40
Figura 33 – Historial Prescripción Diálisis.....	40
Figura 34 – Menú Cirugía Procedimientos.....	41
Figura 35 – Descripción Operación.....	41
Figura 36 – Heridas y Ostromías.....	41
Figura 37 – Curación de Heridas y Ostromías.....	42
Figura 38 – Nota de Heridas y Ostromías.....	42
Figura 39 – Verificación Diaria de Piel.....	43
Figura 40 – Historial de Verificación Diaria de Piel.....	43
Figura 41 – Ulceras Por Presión.....	44
Figura 42 – Historial Ulceras Por Presión.....	44
Figura 43 – Consentimientos Informados.....	45
Figura 44 – Solicitud de Consentimientos.....	45
Figura 45 – Confirmar Consentimientos.....	46

Figura 46 – Consentimientos Confirmado.....	47
Figura 47 – Historial Consentimientos Confirmados.....	47
Figura 48 – Menú Seguridad del Paciente.....	48
Figura 49 – Notas de Seguridad.....	48
Figura 50 – Historial Notas de Seguridad.....	49
Figura 51 – Escala de Braden.	50
Figura 52 – Historial Escala de Braden.	50
Figura 53 – Control Riesgo de Ciadas.	51
Figura 54 – Medidas Preventivas de Riesgo de Caídas.....	52
Figura 55 – Historial de Evaluación de Riesgo de Ciadas.....	52
Figura 56 – Eventos Adversos.....	53
Figura 57 – Eventos Adversos.	53
Figura 58 – Catéter Venoso Periférico.....	54
Figura 59 – Datos del Paciente.....	54
Figura 60 – Indicación.....	55
Figura 61 – Causa del Retiro del Catéter.....	56
Figura 62 – Escala Valoración Flebitis.....	57
Figura 63 – Escala de Infiltración.....	58
Figura 64 – Catéter Venoso Central.....	59
Figura 65 – Inserción de Catéter.....	60
Figura 66 – Indicación y Vía.....	60
Figura 67 – Preguntas.....	61
Figura 68 – Posterior a la Colocación.....	61

Figura 69 – Seguimiento Diario al Paciente.....	62
Figura 70 – Historial de Seguimiento Diario al Paciente.....	63
Figura 71 – Cuidados del Catéter.....	63
Figura 72 – Historia Cuidados del Catéter.....	63
Figura 73 – Retiro del Catéter.....	64
Figura 74 – Foreia.....	66
Figura 75 – Foream.....	68
Figura 76 – Instrucciones Foream.....	69
Figura 77 – Escala Humpty Dumpty.....	69
Figura 78 – Historial Escala Humpty Dumpty.....	70
Figura 79 – Escalas, Controles y Encuestas.....	71
Figura 80 – Signos Vitales Generales.....	71
Figura 81 – Eliminar Signos Vitales Generales.....	72
Figura 82 – Gráfica de Curva Térmica.	72
Figura 83 – Control Neurológico.	73
Figura 84 – Control Neurológico Guardado.....	73
Figura 85 – Lista de Chequeo Pos-parto Cesárea.....	74
Figura 86 – Reporte de Chequeo Pos - Parto Cesárea.	75
Figura 87 – Encuesta Covid19.....	76
Figura 88 – Puntaje Covid19.....	77
Figura 89 – Escala de Alerta Temprana News2.....	79
Figura 90 – Historial de Escala de Alerta Temprana News.....	80
Figura 91 – Escala CRB-65.....	81

Figura 92 – Historial Escala CRB-65.....	82
Figura 93 – Escala SOFA.....	83
Figura 94 – Historial Escala SOFA.....	84
Figura 95 – Definir Conducta Médica.....	85
Figura 96 – Impresión Historia Clínica.....	86
Figura 97 – Panel de Enfermería.....	87

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 ELECTROFISIOLOGIA DE ENFERMERIA.

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

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 la que se vaya a ingresar. Figura 4.





Figura 4 - Electrofisiología

En la ventana **ESTACIÓN DE ENFERMERÍA ELECTROFISIOLOGIA** se muestran todos los pacientes de que se encuentran en el panel de enfermería, 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 como se muestra en la Figura 5.

ESTACION DE ENFERMERIA : ELECTROFISIOLOGIA REY DAVID											
Empresa	Centro Utilidad	Unidad Funcional	Departamento								
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	ELECTROFISIOLOGIA - REY DAVID								
PACIENTES INTERNADOS EN LA ESTACION DE CIRUGIA											
QX.	TIEMPO QX	NOMBRE DEL PACIENTE	CANASTA CIRUGIA	MED. PACIENTES	SIGNOS VITALES	CTRL PROGRAMADOS	PROGR. APOYO	GLUCO METRIA	NEURO LOGICO	ORDEN SERVICIOS	
QXE1	289 dias	PACIENTE PRUEBAS	IC	MP	MP	EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				OS	
PACIENTE(S) PENDIENTES POR INGRESAR AL QUIROFANO											
NOMBRE DEL PACIENTE			PLAN			ESTACION DE ORIGEN			OBSERVACIONES		
MERARDO DE JESUS RINCON ORTIZ			PROGRAMA MAGISTERIO REGION 9 (EJE CAFETERO)								

Figura 5 - Estación de Enfermería: Electrofisiología

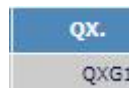
Nombre completo del Paciente: Al dar clic sobre el nombre del paciente se visualiza la información del paciente. Figura 6

INFORMACION DEL PACIENTE	
RESPONSABLE	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.
PLAN	PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)
TIPO AFILIADO	Beneficiario
PACIENTE	PACIENTE PRUEBAS
IDENTIFICACION	
HISTORIA CLINICA	
SEXO	F
FECHA NACIMIENTO	1942-11-24
DIRECCION RESIDENCIA	CALI, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
TELEFONO RESIDENCIA	
TELEFONO CELULAR	
OBSERVACIONES	

REGRESAR

Figura 6 -Datos del Paciente

Qx: Permite visualizar el quirofano donde se encuentra el paciente.



Tiempo Qx.: Permite visualizar el tiempo que lleva el paciente en la estación de Enfermería.



Canasta Cirugía: Permite visualizar la canasta quirúrgica de medicamentos e insumos del paciente.



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

ESTACIÓN DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA

Empresa COSMITET LTDA		Centro Urbidá COSMITET - CALI		Unidad Funcional REY DAVID - CALI		Departamento URGENCIAS - REY DAVID	
PACIENTE		HABITACION		CAJA		FECHA CONTROL 10 / 24 / 20	

FREC. CARD.	FREC. RESP.	PVC	PIC	PIA	PESO	TALLA	TEMP.	HANUAL	T.INCUB	SAT O ₂
X min.	X min.	cmH ₂ O	cmH ₂ O	cmH ₂ O	Kg	CM	°C	°C	°C	%

TENSION ARTERIAL

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"/>	

OBSERVACION

Insertar

[VOLVER](#)

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

DETALLE SOLICITUDES - CENTRAL DE IMPRESION HOSPITALARIA

IDENTIFICACION		PACIENTE	
----------------	--	----------	--

SERVICIO		DEPARTAMENTO		DESCRIPCION		OBSERVACION		CANTIDAD		TIPO		
13/12/2019 13:35:46		8366277		890439		INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUJIA PLASTICA ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA				1		Interconsultas
26/12/2019 08:37:46		8482451		891702		ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO CON OXIMETRIA				1		Apoyos Diagnosticos

[RESERVA DE SANGRE](#) INGRESO: 2148794

ORDENES SERVICIO AUTORIZADAS

NUMERO DE ORDEN DE SERVICIO: 5483849

TIPO:	Cotizante	RANGO:	VALLE	SEMANAS COI:	0	SERVICIO:	HOSPITALARIO
AFLIADO:	588896	AUT. EXT:	AUTORIZADOR:	RUTH MARITZA PEGARANDA GOMEZ			
PLAN:	PROGRAMA HAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)						


ITEM	CANT.	CARGO	DESCRIPCION	PROVEEDOR
7559507	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	
		B3	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION (VALORACION)	

OBSERVACIONES:

ACTIVACION: 31/12/2019 VENC.: 28/06/2020 REFERENDAR HASTA: 28/06/2020

ESTADO: **ACTIVO**

Historia clínica: Permite registrar y consultar la información de la historia clínica del paciente.

El orden de atención de paciente lo determina la columna **TIEMPO QX**. 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 7

Lunes, 07 de Diciembre de 2020

COSMITET LTDA

JEFE DE ENFERMERÍA

PACIENTE PRUEBAS Edad: 78 años, 0 meses, 13 días. RESPONSABLE: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. - PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2 (VALLE CAUCA)

CONSULTA HC EMPRESAS: VOLVER CERRAR

INFORMACION PACIENTE			
PACIENTE IDENTIFICACION	PACIENTE PRUEBAS	SEXO	FEMENINO
CC	19 / 02 / 2020	TIEMPO HOSP	291 Dias 22 Horas
OCUPACION	AMA DE CASA	DATOS ACUDIENTE (S)	
NOMBRE	ANA ROCIO GOMEZ GOMEZ	PARENTESCO	Otro Familiar
DIRECCION		TELÉFONO	3206767097
PACIENTE EN CIRUGIA			
DEPARTAMENTO	ELECTROFISIOLOGIA - REY DAVID	NOMBRE	Quirofano Electrofisiologia
UBICACION	ELECTROFISIOLOGIA REY DAVID		
QUIROFANO	QXE1		

Figura 7- 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	MENU
HISTORIA CLINICA	HISTORIA CLINICA
<ul style="list-style-type: none"> NOTAS DE ENFERMERIA Asistencia Ventilatoria UCI Lectura de Apoyos Diagnósticos Cumplimiento Procedimientos Realizados Evolucion Controles Pacientes MarcaPasos Transfusión Sanguinea PAE- Plan Atención De Enfermería TERAPIAS DE REHABILITACION 	NOTAS DE ENFERMERIA
EVOLUCION	Asistencia Ventilatoria UCI
UNIDAD RENAL	Lectura de Apoyos Diagnósticos
CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS	Cumplimiento Procedimientos Realizados
HERIDAS Y OSTOMIAS	Evolucion
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	Controles Pacientes
SEGURIDAD DEL PACIENTE	MarcaPasos
ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS	Transfusión Sanguinea
	PAE- Plan Atención De Enfermería
	TERAPIAS DE REHABILITACION

Para avanzar o retroceder entre los submodulo 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 PROFESIONAL 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
3768222	2019-12-30		RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR - 0	Sin Realizar	Desactivado para Lectura
	2019-12-30		HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - 1	Sin Pagar	Realizar Interpretación Médica Desactivado para Lectura

Sabana de Enfermería: Permite consultar la sabana de enfermería. 

SABANA DE ENFERMERIA																																						
FILTROS FECHA: 27-01-2020 [dd-mm-aaaa] RECARGA																																						
MONITORIA HEMODINAMICA												BALANCE DE LIQUIDOS																										
hora	PAS	SAD	FRE	FR	TELE	PPG	PPD	PPV	PPM	PPC	PPD	TE	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	LEV	SAT	CO2	ADMINISTRADOS	TOTAL	DIRESIS	ELIMINADOS	TOTAL	BALANCE	MOD	FR	VC	PREP		
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						


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

PACIENTE DE PRUEBAS HEMODINAMIA	Edad: 58 años, 9 meses, 15 dias.
Responsable: FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. - PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)	

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

INFORMACION DEL PACIENTE	
RESPONSABLE	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.
PLAN	PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)
TIPO AFILIADO	Beneficiario
PACIENTE	PACIENTE DE PRUEBAS HEMODINAMIA
IDENTIFICACION	CC 29447650
HISTORIA CLINICA	
SEXO	F
FECHA NACIMIENTO	1962-02-12
DIRECCION RESIDENCIA	CL 9 18 40. ZARZAL, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
TELEFONO RESIDENCIA	2035825
TELEFONO CELULAR	
OBSERVACIONES	

REGRESAR

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

Se da clic en la empresa.

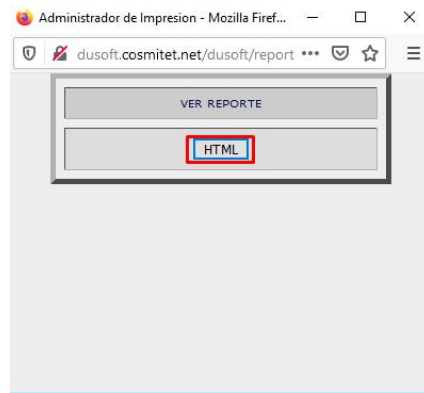
EMPRESAS
UCI - DUMIAN PEREIRA
CLINICA MEDICAL DUARTE ZF
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO - B/TURA
COSMITET LTDA - ANTERIOR
CLINICA DEL CAFE - ARMENIA
CLINICA MARIANGEL - TULUA
CHS AMAN - MANIZALES
CLINICA SANTA ANA - MANIZALES
CLINICA SANTA GRACIA - POPAYAN
CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA
CLINICA 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 Familiar	
Ingreso	Departamento	Profesional	PACIENTES REY DAVID		Servicio	Fecha	
07/05/2018	PPP - EL BOSQUE PPP - EL BOSQUE	MEDICO HOSPITALARIO			PPP 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

PACIENTE:	IDENTIFICACION	HC: 31292552 - CC
POBLACION VULNERABLE:	PERTENENCIA ETNICA: AFRO COLOMBIANO	
FECHA DE NACIMIENTO: 18/6/1955	EDAD: 62 Años	SEXO: F
RESIDENCIA: VIA MONTEBELLO VEREDA MONTEALEGRE	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Otro
OCCUPACION: AIA DE CASA		TELEFONO: 8934198
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 29/11/2017 - 07:34:12	FECHA EGRESO: 29/11/2017 - 08:47:59	CAJA:
DEPARTAMENTO: 020204 - PYP - EL BOSQUE	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: FERRICARILLES Y PUERTOS PAC 2014		
ESTADO CIVIL: CASADO(A)		

Fecha Impresión: 2020/07/12:19:35

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
Z124	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO UTERINO		

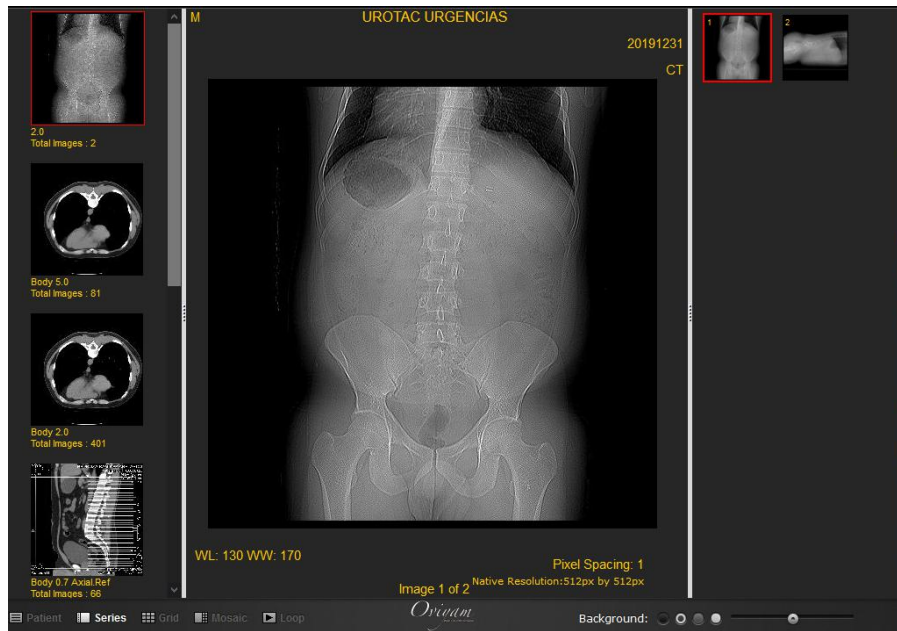
ANTECEDENTES PERSONALES		
ANTECEDENTES	OP	DETALLE
Actividad Fisica	SI	NIULA
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO

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

Identificación	Datos Paciente	Estudios	HC Familiograma Epicrisis	IMPRESION HC ENTREGA PACIENTE
				

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](#)

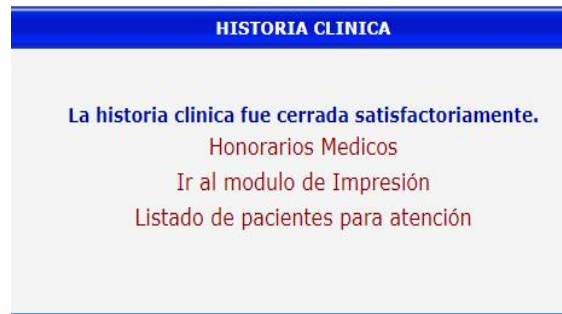
Conducta Medica

- 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](#)



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

Historia Clínica	HISTORIA CLINICA
Evolución	EVOLUCION
Unidad Renal	UNIDAD RENAL
Cirugía Procedimientos	CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS
Heridas y Ostomías	HERIDAS Y OSTOMIAS
Consentimientos Informados	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
Seguridad del Paciente	SEGURIDAD DEL PACIENTE
Escalas, Controles y Encuesta	ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS

3. HISTORIA CLINICA

Al dar clic en **Historia clínica**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 8



Figura 8 – Menú Historia Clínica

3.1 NOTAS DE ENFERMERIA

Al dar clic en **Notase de Enfermería**   permite registra la nota de enfermería colocando la hora y da clic en **Insertar**. Figura 9



Figura 9 – Nota de Enfermería

Muestra el mensaje de confirmación clic en **Aceptar**.

dusoftimp.cosmitet.net dice

¿Desea guardar los datos de la "NOTAS DE ENFERMERÍA"?

La **Nota** es almacenada.

NOTAS DE ENFERMERIA

Datos Guardados Satisfactoriamente.

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA | 08 | 21

LISTADO GENERAL DE NOTAS DE ENFERMERIA

FECHA	NOTAS
HOY 08:19 andrea.arboleda - JEFE DE URGENCIAS	ESTA ES UNA NOTA DE PRUEBA

3.2 ASISTENCIA VENTILATORIA UCI

Al dar clic en **Asistencia ventilatoria Uci** MENU Asistencia Ventilatoria UCI permite registrar la información de la asistencia mecánica del paciente. Se registra la información y da clic en **Insertar**. Figura 10

ASISTENCIA VENTILATORIA

16 | 41

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

Figura 10 - Asistencia Ventilatoria Uci

La información de la Asistencia Ventilatoria es almacenada.

ASISTENCIA VENTILATORIA																						
ASISTENCIA VENTILATORIA 16 45																						
MODO	FI _{O2}	F. RESP	F. VENT	ESPOINT	VOL/MIN	SEN	P. INSP															
Volumen Control AC	FI _{O2} 100%	10 X min	10 X min	10 X min	10 X min	10 cmH ₂ O	10 cm															
REL I:E	PEEP	PI PICO	PI MESETA	PI MEDIA	ETC O ₂	TI																
10	10 cmH ₂ O	10 cmH ₂ O	10 cmH ₂ O	10 cmH ₂ O	10 mmH ₂ O	10 Seg																
TE	PEEP/PL (PEEP LOW)	PEEP/PH (PEEP HIGH)	SP O ₂	CURVA																		
Seg			0 - 100 %	<input type="radio"/> Cuadrada <input type="radio"/> Desacelerada <input type="radio"/> Acelerada <input type="radio"/> Sinusoidal																		
INSERTAR																						
FECHA	HORA	MODO	FI _{O2}	F. RESP	F. VENT	ESPOINT	VOL/MIN	SENS	P. INSP	TI	REL I:E	PEEP	P PI	P MES	PI MED	ETC O ₂	TE	PL PH	SPO ₂	CURVA	USUARIO	
HOY	16:41:00	CPAP	FI _{O2} 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**

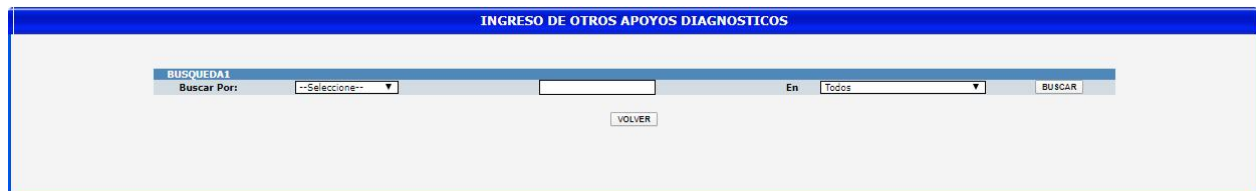
3.3 LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS

Al dar clic en **Lectura de Apoyos Diagnósticos** **MENU** **Lectura de Apoyos Diagnósticos** permite visualizar el resultado de los exámenes y realizar la interpretación o Lectura cuando han sido tomados. Figura 11.

LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS							
OTROS PROFESIONAL DEL MISMO DEPARTAMENTO				EXAMENES SOLICITADOS AL PACIENTE POR:			
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION		
3454111	2019-03-04	2019-03-05	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	Leer		
	2019-03-04	2019-03-04	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	LIPASA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICO ALANINO AMINO TRANSFERASA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-06	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo			
3451388	2019-03-04	2019-03-06	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	Leido		
	2019-03-04	2019-03-06	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL - 8	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA DE DISCO - 8	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	COPROSCOPICO - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-07	COPROSCOPICO - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	NITROGENO UREICO - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 4	Resultado Completo			
	2019-03-04	2019-03-04	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS - 4	Resultado Completo			
3449109	2019-03-04	2019-03-04	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	Leido		
	2019-03-04	2019-03-04	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO - 4	Resultado Completo	Profesional Dpto		
	2019-03-04	2019-03-04	UROANALISIS - 4	Resultado Sin Firma	Medica		
INGRESAR OTROS EXAMENES							
EXAMENES SOLICITADOS FUERA DE LA HISTORIA CLINICA							
FECHA SOLICITUD	EXAMEN			ESTADO	REVISION	FECHA DE REALIZACION	
2019-03-20	UROCULTIVO [ANTIGRAMA MIC AUTOMATICO]+						
2019-12-05	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG]			Resultado Sistema	Consultar Resultado	2019-12-17 17:37:18	
2019-12-05	FACTOR REUMATOIDE ANTICUERPOS IGM (WALLER ROSE)			Resultado Sistema	Consultar Resultado	2019-12-17 12:44:10	
2019-10-17	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG]			Resultado Sistema	Consultar Resultado	2019-11-14 16:09:37	
2019-08-08	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL					2019-08-14 10:04:00	
2017-12-18	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO			Resultado Sistema	Consultar Resultado	2017-12-18 17:12:21	
2017-12-18	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO			Resultado Sistema	Consultar Resultado	2017-12-18 15:44:49	

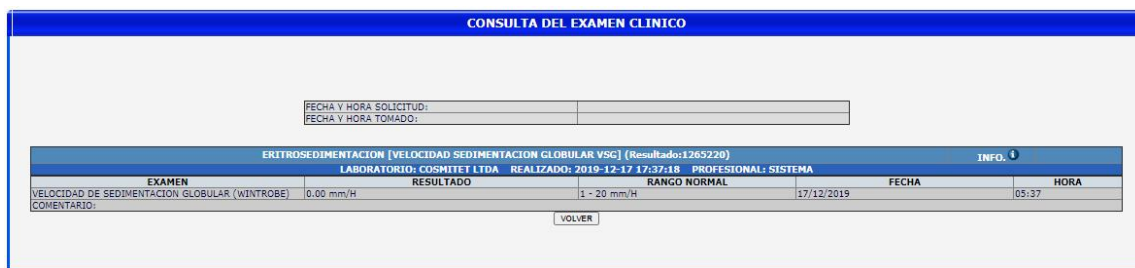
Figura 11 – Lectura de Apoyos Diagnósticos

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



The screenshot shows a web form titled "INGRESO DE OTROS APOYOS DIAGNOSTICOS". It features a search bar with a dropdown menu labeled "BUSQUEDA 1" and "Buscar Por:" followed by a selection dropdown "--Selección--". To the right, there is a field for "En" with a dropdown menu set to "Todos" and a "BUSCAR" button. Below the search bar is a "VOLVER" button.

Además permite consultar los exámenes solicitados fuera de la Historia Clínica al dar clic en **Consultar Resultado**. Figura 12



The screenshot shows a web form titled "CONSULTA DEL EXAMEN CLINICO". It includes fields for "FECHA Y HORA SOLICITUD:" and "FECHA Y HORA TOMADO:". Below these is a table with the following data:

ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR VSG] (Resultado:1265220)					
LABORATORIO: COSMITET LTDA		REALIZADO: 2019-12-17 17:37:18	PROFESIONAL: SISTEMA		
EXAMEN	RESULTADO	RANGO NORMAL	FECHA	HORA	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR (WINTROBE)	0.00 mm/H	1 - 20 mm/H	17/12/2019	05:37	

Below the table is a "VOLVER" button.

Figura 12 – Consultar Resultado

Para regresar da clic en Volver **VOLVER**

3.4 CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Al dar clic en **Cumplimiento a Procedimientos Realizados** permite visualizar los procedimientos realizados al paciente. Figura 13

MENU **Cumplimiento Procedimientos Realizados**



The screenshot shows a web form titled "PROCEDIMIENTOS REALIZADOS". It includes a search bar with a dropdown menu labeled "TIPO:" set to "Todos" and a "CARGO:" field. To the right, there is a "DESCRIPCION:" field and a "BUSCAR" button. Below the search bar is a table with the following data:

EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	CANTIDAD1	DETALLES
6265826	890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	

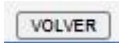
Below the table is a link for "OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL".

Figura 13 – Cumplimiento a Procedimientos Realizados



Para ver los detalles se da clic en 

RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		
PROFESIONAL	RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	
	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 regresar clic en [Volver](#) 

3.5 EVOLUCION


Al dar clic en **Evolución**  **Evolucion**  permite visualizar las evoluciones realizados por los profesionales al paciente. Figura 14

CODIGO		DIAGNOSTICOS ASIGNADOS
A013	FIEBRE PARATIFOIDEA C	DIAGNOSTICO
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	

ECCARDIOGRAMAS REALIZADOS					
TIPO ECCARDIOGRAMA	FECHA	PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	NUMERO EVOLUCION	SERVICIO
CONSOLIDADO DE EVOLUCIONES_2					
FECHA	09:11	SERVICIO: URGENCIAS			
		Medico de Pruebas - ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL UCI			
		DIAGNOSTICO CLINICO			
		H. SUBJETIVO: esto es para una prueba			
		H. OBJETIVO: esto es para una prueba			
		ANALISIS: esto es para una prueba			
		PLAN: esto es para una prueba			
		INT. APOYO DIAGNOSTICO: esto es para una prueba			
		INT. ESTUDIOS IMAGENOLOGIA: esto es para una prueba			

Figura 14 – Evolución.

3.6 CONTROLES PACIENTES

Al dar clic en **Controles Pacientes**  **Controles Pacientes**  Permite visualizar los controles enviados por los profesionales al Paciente. Figura 15

ORDENES MEDICAS	
	REPOSO DEL PACIENTE
Reposo absoluto	Tipo de Reposo
Observación	reposo absoluto
Frecuencia Cardiaca	
Frecuencia Respiratoria	
PVC	

Figura 15 – Controles Pacientes.

3.7 MARCAPASOS

Al dar clic en **MarcaPasos** MENU MarcaPasos permite registrar la información del marcapasos colocado al paciente ingresando la información de:

- ✓ Fecha de Colocación.
- ✓ Vía.
- ✓ Modo.
- ✓ Frecuencia.
- ✓ Sensibilidad
- ✓ Salida

Y clic en **Guardar**. Figura 16



Figura 16 – Marcapasos

La información del **MarcaPasos** se almacena y para eliminar se da clic en 



FECHA DE COLOCACION	VIA	MODO	FRECUENCIA	SENSIBILIDAD	SALIDA	USUARIO	OP
12/08/2020	TRANSVENOSO	ASINCRONICO	60	1.00	1.00	JEFE DE URGENCIAS	

Para ver el **Historial** de prescripción de Hemodiálisis del Paciente se da clic en HISTORIAL. Figura17

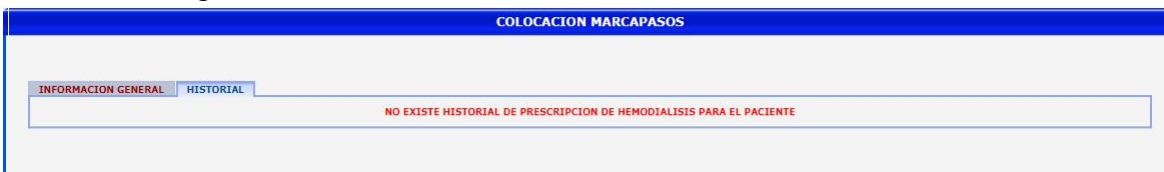


Figura 17 – Historial Marcapasos

3.8 TRANSFUSIONES SANGUINEAS

Al dar clic en **Transfusiones Sanguíneas** MENU Transfusión Sanguinea 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 18

DATOS TRANSFUSIONES SANGUINEAS

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

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

Figura 18 – 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

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

EDICIÓN DE LA PLANTILLA

Registrar S.S. y R.H. | BOLSAS: 1 | # SELLO CALIDAD: 1 | FECHA VENCIMIENTO: feb 28 de 2020

FECHA: ene 30 de 2020 11:11

DATOS REACCION TRANSFUSIONAL

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

FECHA SUSPENSION 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

SELECCION 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 SUSPENSION 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 diagnóstico.

DIAGNOSTICOS

CODIGO: [] | DESCRIPCION: [sangüneo] | BUSCAR

X069	EXPOSICION A IGNICION O FUSION DE OTRAS ROPAS Y ACCESORIOS, LUGAR NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/>
X080	EXPOSICION A OTROS HUMOS, FUEGOS O LLAMAS ESPECIFICADOS, VIVIENDA	<input checked="" type="checkbox"/>

SALIR

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

DATOS REACCION TRANSFUSIONAL

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

FECHA SUSPENSION 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: Y446 | DESCRIPCION: EFECTOS ADVERSOS DE SANGRE NATURAL Y PRODUCTOS SANGUINEOS | BUSCAR

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


TIPO REACCION


SELECCIONE REACCION

Positivo Neutral 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

3.9 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PAE

Al dar clic en **Plan de atención de Enfermería** permite registrar la información de situación actual del paciente al personal de enfermería. Debe seleccionar el diagnóstico y dar clic en **Opción**  para que se active la observación y clic en **Guardar**. Figura 19

PLAN ATENCIÓN ENFERMERÍA - PAE

INFORMACION GENERAL HISTORIAL

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS


CODIGO: DIAGNOSTICO: HIPERT

CODIGO	DIAGNOSTICO	RESULTADOS	OBSERVACIÓN	OPCION
00007	HIPERTERMIA		PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA PRUEBA	<input checked="" type="checkbox"/>

GUARDAR **VOLVER**

Página 1 de 1

Figura 19 – Plan de Atención de Enfermería PAE.

La información del **PAE** se almacena y para eliminar se da clic en **ELIMINAR** 


PLAN ATENCIÓN ENFERMERÍA - PAE

INFORMACION GENERAL HISTORIAL

LOS DIAGNÓSTICOS SE GUARDARON SATISFACTORIAMENTE

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO: HIPERT

CODIGO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
00007	HIPERTERMIA	

Para ver el **Historial** del **PAE** Paciente se da clic en **HISTORIAL** . Figura 20

PLAN ATENCIÓN ENFERMERÍA - PAE				
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL		
INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	DIAGNOSTICO ASIGNADO	FECHA	USUARIO
2494289 06/04/2020 11:04:07	6266416	00007 - HIPERTERMIA	12/08/2020 07:08:28	JEFE DE URGENCIAS

Figura 20 – Historial Plan de Atención de Enfermería PAE.

3.10 TERAPIAS DE RECUPERACIÓN

Al dar clic en **MENU** **TERAPIAS DE REHABILITACION** permite al personal de enfermería visualizar las notas realizadas por el fisioterapeuta al paciente. Figura 21

NOTAS FISIOTERAPEUTAS
NO HAY RESUMEN PARA ESTE PACIENTE

Figura 21 – Terapias de Recuperación

4. EVOLUCION.

Al dar clic en **Información de Cáncer.** **EVOLUCION** **Informacion Cancer** Permite Registrar o Activar el Paciente con Cáncer. Figura 22

QUIMIOTERAPIA
<p>AVISO</p> <p>EL PACIENTE NO ESTA REGISTRADO COMO PACIENTE CON CANCER O ESTA INACTIVO</p> <p>REGISTRAR / ACTIVAR PACIENTE CON CANCER</p>

Figura 22 - 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 ciudadania

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

PREMEDICACIÓN																
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	
FOPOF0100001 - FOSAPREPITANT ANEGLUMINA	1	150.00	Miligramos	150.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Solución	10cc	D1 C/3 SEMANAS	1	1	✓
FOPOR0010885 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	50.00	Miligramos	50.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	1	☐
FOPO0008042 - ONDANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	2	☐
FOPO00030603 - DEXAMETASONA	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	--	--	--	--	D1 C/3 SEMANAS	1	2	☐
FOPOLO161760 - LORATADINA	1	10.00	Miligramos	10.00	--	--	TA	ORAL	N/A	N/A	N/A	N/A	D1 C/3 SEMANAS	1	1	☐

TIPO : 97 - 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	VEHI A UTIL	VOL F SOL (cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción	
FOPO0380847 - PACLITAVEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	25%	43.75	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Solución	10cc	D1 C/3 SEMANAS	1	0.5	✓
FOPO00170576 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	82.5%	--	PPY	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 CABA Y CUELLO - CP															
PREMEDICACIÓN															
Medicamento	Número de Ampollos	Base Teórica	Factor	Base Resultante	Factor de Reducción	Base Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Estimado	VEH. A. UTA	VEH. F. SOL. (mg)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamentos	Opción
POPO00000 - POSPARTINUT EPIDUPOA	2	130.00	Higiene	75.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	10m	10m	10m	1	1	1
POPO00000 - RASITODIA (CURICORATO)	2	30.00	Higiene	20.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	10m	10m	10m	1	1	1
POPO00002 - DIOXIBETON	2	28.00	Higiene	18.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	10m	10m	10m	1	1	1
POPO00002 - DIOXIBETON	2	18.00	Higiene	18.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	10m	10m	10m	1	1	1
POPO00170 - LEVOTIROS	2	20.00	Higiene	15.00	--	--	TS	ORAL	10	10	10	10	1	1	1

TIPO : 87 - CA CABA Y CUELLO - CP															
QUIMIOTERAPIA															
Medicamento	Número de Ampollos	Base Teórica	Factor	Base Resultante	Factor de Reducción	Base Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Estimado	VEH. A. UTA	VEH. F. SOL. (mg)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamentos	Opción
POPO00007 - RUCITIBEL	0.8	175.00	Suporte nutricional	38.25	25%	42.75	SI	INTRAVENOSA	1	10m	10m	10m	1	0.8	1
POPO00076 - COMPLAD	2	80.00	Suporte nutricional	86.048	125%	--	PF	INTRAVENOSA	1	10m	10m	10m	1	2	1

[Volver](#)
[Guardar](#)

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

5. UNIDAD RENAL

Al dar clic en **Unidad Renal**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 23

UNIDAD RENAL	Prescripcion Hemodialisis
	Vacunacion Hepatitis
	Clasificacion Orificio Salida
	Prescripcion Dialisis

Figura 23 – Menú Unidad Renal.

5.1 PRESCRIPCIÓN HEMODIÁLISIS

Al dar clic **Prescripción Hemodiálisis** UNIDAD RENAL Prescripción Hemodialisis permite al personal de enfermería registrar el control en la sala de pacientes con hemodiálisis y distribuida en la información, Control e Historial. Figura 24



CONTROL DE ENFERMERIA SALA DE HEMODIÁLISIS

INFORMACION GENERAL | MONITOREO | HISTORIAL

CONDICION PROCEDIMIENTO

CRONICO AGUDO

NO MAQUINA: []
 HORA INICIO: [] [] [] []
 DIALIZADOR: [] [] [] []
 ACCESO VASCULAR: FAV PERMANENTE
 TIPO CATETER: []
 FECHA SESION: [] [] [] []
 PESO INICIO: [] Kg
 PESO FINAL: [] Kg
 FLUJO BOMBA: [] ml/min

AGUDO

DURACION PROCEDIMIENTO: [] Hrs
 HORA TERMINACION: [] [] [] []
 HEPARINA: []
 CATETER TEMPORAL INJERTO
 [] [dd/mm/aaaa]

PESO SECO: [] Kg
 ULTRA FILTRACION: []
 VOLUMEN SANGRE TRATADA: [] %

COMPLICACIONES

<input type="checkbox"/> INFECCIONES CATETER	Observacion	<input type="checkbox"/> EMBOLIA AEREA	<input type="checkbox"/> CALAMBRES
<input type="checkbox"/> INFECCIONES PISTULA	Observacion	<input type="checkbox"/> HIPOTENSION	<input type="checkbox"/> HEMATOMAS
<input type="checkbox"/> HIPERTENSION		<input type="checkbox"/> FAV OBSTRUIDA	<input type="checkbox"/> FILTRO COAGULADO
<input type="checkbox"/> DESCONEXION ACCIDENTAL		<input type="checkbox"/> SOBRECARGA HIDRICA > 3.5L	<input type="checkbox"/> MUERTE
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION			

GUARDAR

Figura 24 – Prescripción Hemodiálisis.

En **Información General** permite registrar la información de la condición del procedimiento y las complicaciones. Da clic en Guardar. Figura 25



CONTROL DE ENFERMERIA SALA DE HEMODIÁLISIS

INFORMACION GENERAL | MONITOREO | HISTORIAL

CONDICION PROCEDIMIENTO

CRONICO AGUDO

NO MAQUINA: []
 HORA INICIO: [] [] [] []
 DIALIZADOR: [] [] [] []
 ACCESO VASCULAR: FAV PERMANENTE
 TIPO CATETER: []
 FECHA SESION: [] [] [] []
 PESO INICIO: [] Kg
 PESO FINAL: [] Kg
 FLUJO BOMBA: [] ml/min

AGUDO

DURACION PROCEDIMIENTO: [] Hrs
 HORA TERMINACION: [] [] [] []
 HEPARINA: []
 CATETER TEMPORAL INJERTO
 [] [dd/mm/aaaa]

PESO SECO: [] Kg
 ULTRA FILTRACION: []
 VOLUMEN SANGRE TRATADA: [] %

COMPLICACIONES

<input type="checkbox"/> INFECCIONES CATETER	Observacion	<input type="checkbox"/> EMBOLIA AEREA	<input type="checkbox"/> CALAMBRES
<input type="checkbox"/> INFECCIONES PISTULA	Observacion	<input type="checkbox"/> HIPOTENSION	<input type="checkbox"/> HEMATOMAS
<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSION		<input type="checkbox"/> FAV OBSTRUIDA	<input type="checkbox"/> FILTRO COAGULADO
<input type="checkbox"/> DESCONEXION ACCIDENTAL		<input type="checkbox"/> SOBRECARGA HIDRICA > 3.5L	<input type="checkbox"/> MUERTE
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION			

GUARDAR

Figura 25 – Información General.

Se confirma con clic en Aceptar

dusoftimp.cosमितet.net dice
 Realmente desea confirmar los datos

Aceptar **Cancelar**

En **Monitoreo** permite registrar los monitores realizados al paciente con hemodiálisis teniendo en cuenta la presión Sistólica, Diastólica y la Frecuencia Cardíaca. Da clic en **Guardar**. Figura 26



Figura 26 – Monitoreo de Hemodiálisis.

En **Historial** permite ver el histórico de los registros de control de hemodiálisis realizados a la paciente, da clic en **Ver**. Figura 27



EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OP
6266444	18/08/2020	JEFE DE URGENCIAS	VER



FECHA	PI	PS	UF	PP	QB	VSD
18/08/2020	80.00	80.00	0.00	80.00	1.00	89.00

COMPLICACIONES			
<input type="checkbox"/> INFECCIONES CATETER	<input type="checkbox"/> EMBOLIA AEREA	<input type="checkbox"/> CALAMBRES	
<input type="checkbox"/> INFECCIONES FISTULA	<input type="checkbox"/> HIPOTENSION	<input type="checkbox"/> HEMATOMAS	
<input type="checkbox"/> HIPERTENSION	<input type="checkbox"/> FAV OBSTRUIDA	<input type="checkbox"/> FILTRO COAGULADO	
<input type="checkbox"/> DESCONEXION ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/> SOBRECARGA HIDRICA > 3.5L	<input type="checkbox"/> MUERTE	
<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION			

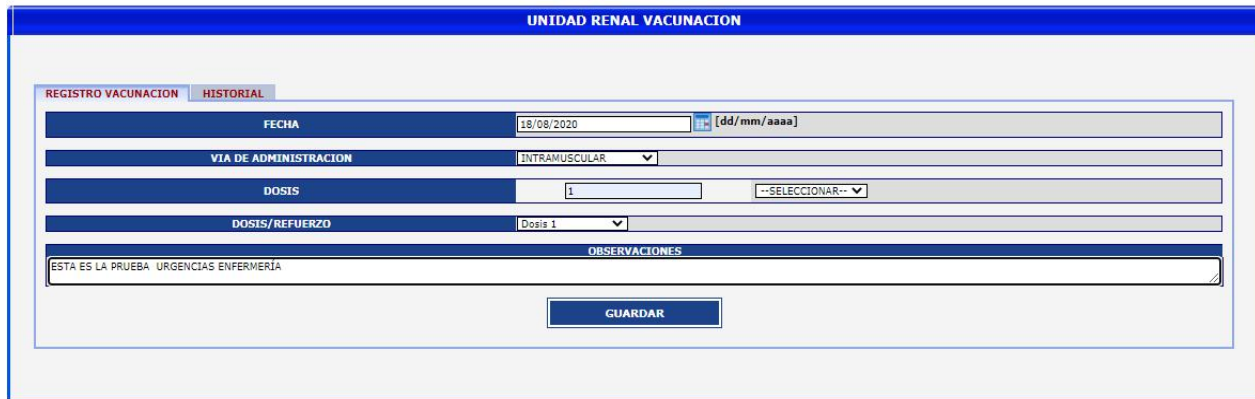
Figura 27 – Historial de Control de Hemodiálisis.

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

CERRAR [X]

5.2 VACUNACIÓN HEPATITIS

Al dar clic **Vacunación Hepatitis** **UNIDAD RENAL** **Vacunacion Hepatitis** permite al personal enfermería realizar el registro de la vacuna y dar clic en **Guardar**. Figura 28



The screenshot shows a web form titled "UNIDAD RENAL VACUNACION". It has two tabs: "REGISTRO VACUNACION" (active) and "HISTORIAL". The form contains the following fields:

- FECHA:** A date input field with the value "18/08/2020" and a placeholder "[dd/mm/aaaa]".
- VIA DE ADMINISTRACION:** A dropdown menu with "INTRAMUSCULAR" selected.
- DOSIS:** An input field with the value "1" and a "--SELECCIONAR--" dropdown.
- DOSIS/REFUERZO:** A dropdown menu with "Dosis 1" selected.
- OBSERVACIONES:** A text area containing the text "ESTA ES LA PRUEBA URGENCIAS ENFERMERIA".
- GUARDAR:** A blue button at the bottom center.

Figura 28 – Vacunación Hepatitis.

En **Historial** permite ver el histórico de los registros de Vacunación del paciente. Figura 29



The screenshot shows the same web form as Figure 28, but with the "HISTORIAL" tab selected. The main content area is empty, displaying a red message: "NO EXISTE HISTORIAL DE VACUNACION PARA EL PACIENTE".

Figura 29 – Historial de Vacunación.

5.3 CLASIFICACIÓN ORIFICIO DE SALIDA

Al dar clic **Clasificación Orificio de Salida** **UNIDAD RENAL** **Clasificacion Orificio Salida** permite al personal enfermería realizar el registro en la Hoja de clasificación del orificio de salida mediante la Evaluación Externa, la Evaluación del Seno y el Trauma y da clic en **Guardar**. Figura 30

HOJA DE CLASIFICACION DEL ORIFICIO DE SALIDA

INFORMACION GENERAL **HISTORIAL**

Evaluación Externa

Presencia de Costra <input checked="" type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Fácil de remover <input type="radio"/> Difícil de remover <input type="radio"/> Ubicación	Asesorio <input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Exudado seco en la gasa <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguiolento
Escara <input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Presente <input type="radio"/> Ubicación	Dolor <input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Presente
Edema <input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Presente	Piel Alrededor del sitio de Salida <input checked="" type="radio"/> Natural <input type="radio"/> Piel oscura alrededor <input type="radio"/> Purpura <input type="radio"/> Rosa pálido <input type="radio"/> Entrama <input type="radio"/> mm de borde a borde
Textura del tejido de granulación <input checked="" type="radio"/> Plano <input type="radio"/> Ligeramente exuberante <input type="radio"/> Exuberante	

Evaluación Seno

Textura del tejido de Granulación <input type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Plano más allá del epitelio <input type="radio"/> Ligeramente exuberante <input type="radio"/> Exuberante	Longitud del epitelio <input type="radio"/> Seno completamente visible y cubierto <input type="radio"/> Seno visible, parcialmente cubierto <input checked="" type="radio"/> Ausente
Exudado <input checked="" type="radio"/> Ausente <input type="radio"/> Presente <input type="radio"/> Claro <input type="radio"/> Purulento <input type="radio"/> Sanguiolento	Cantidad <input checked="" type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Escasa <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Abundante

Trauma

No Dolor, sangrado, escara, deterioro en la apariencia del sitio de salida. La apariencia es rara relacionada con la intensidad del trauma y el tiempo previo a la evaluación.

Clasificación

Perfecto Bueno Equivoco I. Aguda I. Crónica
 NINGUNO Post Trauma NINGUNO I. Reten

Comentarios:
 NINGUNO Clasificado por: NINGUNO

GUARDAR

Figura 30 – Clasificación Orificio de Salida.

En **Historial** permite ver el histórico de los registros de control de orificio de salida realizados a la paciente, da clic en **Ver**. Figura 31

HOJA DE CLASIFICACION DEL ORIFICIO DE SALIDA

INFORMACION GENERAL **HISTORIAL**

NO EXISTE HISTORIAL DE PRESCRIPCION DE HEMODIALISIS PARA EL PACIENTE

Figura 31 – Historial de Clasificación Orificio de Salida.

5.4 PRESCRIPCIÓN DIÁLISIS

Al dar clic **Prescripción Diálisis** **UNIDAD RENAL** **Prescripcion Dialisis** permite al personal enfermería realizar el registro de la receta de la diálisis al paciente y dar clic en **Guardar**. Figura 32

CONTROL DE DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

PRESCRIPCIÓN DE DIALISIS HISTORIAL

TECNICA	FECHA	CAPO	INICIO	HORA	TERMINA
1.5	18/08/2020	(667mm/2000)	06:00	06:00	15:00
2.5	2.5	LIQUIDO DIALIZANTE	4.25	4	
ULTRAFILTRACIÓN PARCIAL		EVALUACION ORIFICIO DE SALIDA		ULTRAFILTRACIÓN TOTAL	
P Perfecto		B Bueno		IA Infeccion Aguda	
				IC Infeccion Cronica	
OBSERVACIONES					
PRUEBA					
COMPLICACIONES					
<input type="checkbox"/> FUGA	<input type="checkbox"/> RUPTURA DE LINEA	<input checked="" type="checkbox"/> RUPTURA DE CATETER			
<input type="checkbox"/> INFECCION DEL TUNEL	<input type="checkbox"/> INFECCION ORIFICIO DE SALIDA	<input type="checkbox"/> EDEMAS			
<input type="checkbox"/> DISFUNCION DEL CATETER	<input type="checkbox"/> PERITONITIS	<input type="checkbox"/> HERNIAS			
<input type="checkbox"/> MUERTE	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION	Observacion			
GUARDAR					

Figura 32 – Prescripción Diálisis.

En **Historial** permite ver el histórico de los registros de prescripción de diálisis de los pacientes hospitalizados y da clic en **Ver**. Figura 33

CONTROL DE DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

PRESCRIPCIÓN DE DIALISIS HISTORIAL

EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OP
6266445	18/08/2020	JEFE DE URGENCIAS	<input checked="" type="checkbox"/> VER

CONTROL DE DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

PRESCRIPCIÓN DE DIALISIS HISTORIAL

CERRAR [X]

EVOLUCION	TECNICA	6266445	CONTROL DE DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS		FECHA	18/08/2020	JEFE DE URGENCIAS
	CAPO	18/08/2020	HORA INICIO	06:00	HORA TERMINA	15:00	
	1.5	2.5	LIQUIDO DIALIZANTE	1	4.25	1	
ULTRAFILTRACIÓN PARCIAL		EVALUACION ORIFICIO DE SALIDA		ULTRAFILTRACIÓN TOTAL			
P Perfecto		B Bueno		IA Infeccion Aguda		IC Infeccion Cronica	
OBSERVACIONES							
COMPLICACIONES							
<input type="checkbox"/> FUGA	<input type="checkbox"/> RUPTURA DE LINEA	<input checked="" type="checkbox"/> RUPTURA DE CATETER					
<input type="checkbox"/> INFECCION DEL TUNEL	<input type="checkbox"/> INFECCION ORIFICIO DE SALIDA	<input type="checkbox"/> EDEMAS					
<input type="checkbox"/> DISFUNCION DEL CATETER	<input type="checkbox"/> PERITONITIS	<input type="checkbox"/> HERNIAS					
<input type="checkbox"/> MUERTE	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION						

Figura 33 – Historial Prescripción Diálisis.

Para regresar a la ventana anterior clic en **Cerrar**. **CERRAR [X]**

6. CIRUGIA PROCEDIMIENTOS

Al dar clic en **Cirugía Procedimientos**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 34



Figura 34 – Menú Cirugía Procedimientos.

6.1 DESCRIPCIÓN OPERACIÓN


Al dar clic **Descripción Operación**  permite visualizar la descripción de operación de los pacientes. Figura 35



Figura 35 – Descripción Operación.

7. HERIDAS Y OSTOMIAS

Al dar clic en **Heridas y Ostomías**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 36

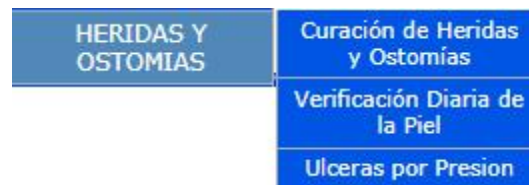



Figura 36 – Heridas y Ostomías.

7.1 CURACIÓN DE HERIDAS Y OSTOMIAS

Al dar clic **Curación de Heridas y Ostomías**  permite al personal de enfermería registrar las notas de las heridas y Ostomías del paciente. colocando la Información de: Tipo de herida, Estadio, Base de la Herida, Característica del Tejido, Exudado, Cantidad de Exudado, Piel Circundante, Signos de Infección, Olor, Dolor, Ubicación de Hx y Dimensión. Da clic en **Insertar**. Figura 37

NOTAS DE HERIDAS Y OSTOMIAS

* TIPO DE HERIDA:	DESCRIPCIÓN
UIPP	
* ESTADIO:	I
* BASE DE LA HERIDA:	PLANA
* CARACTERISTICAS TEJIDO:	EPITELIAL
* EXUDADO:	NINGUNO
* CANTIDAD DE EXUDADO:	AUSENTE
* PIEL CIRCUNDANTE :	INTEGRA
* SIGNOS DE INFECCION:	NINGUNO
* OLORES:	AUSENTE
* DOLOR:	0
* UBICACION DE LA HX:	derecha
* DIMENSION:	(Largo) 1 X (Ancho) 1 X (Profundidad) 0 CM

* Campos Obligatorios

Figura 37 – Curación de Heridas y Ostomías.

Al dar clic en **Insertar** permite agregar las notas. Da clic en **Insertar** de nuevo. Figura 38

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

NOTAS DE HERIDAS Y OSTOMIAS

Figura 38 – Nota de Heridas y Ostomías.

La nota es Almacenada.

FECHA	EVOLUCION	TIPO	LISTADO DE NOTAS DE HERIDAS Y OSTOMIAS	RESULTADO
2020-08-19	6266461		CANTIDAD DE EXUDADO PIEL CIRCUNDANTE TIPO DE HERIDA BASE DE LA HERIDA EXUDADO SIGNOS DE INFECCION ESTADIO CARACTERISTICAS TEJIDO OLORES DIMENSION: NOTAS DE HERIDAS Y OSTOMIAS: JEFE-URGENCIAS - JEFE DE URGENCIAS NOTA DE PRUEBA NOTAS DE HERIDAS Y OSTOMIAS:	AUSENTE INTEGRA UIPP PLANA NINGUNO NINGUNO I EPITELIAL AUSENTE (Largo = , Ancho = , Profundidad=)

7.2 VERIFICACIÓN DIARIA DE LA PIEL

Al dar clic **Verificación Diaria de la Piel** permite realizar el registro de la valoración de la piel del paciente hospitalizado se selecciona el área y se muestra la ventana emergente para registrar el Estadio, la Observación, la Localización, también permite registrar otra o colocar Piel integra y clic en **Guardar**. Figura 39

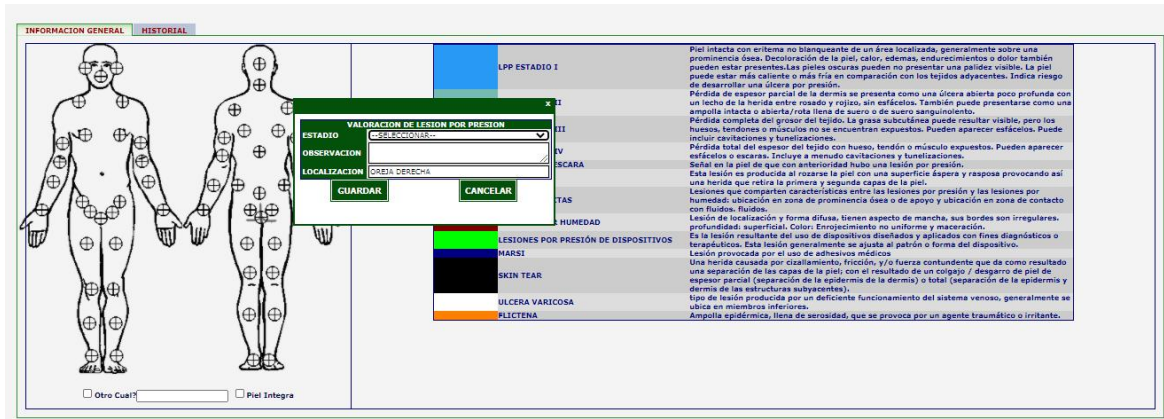


Figura 39 – Verificación Diaria de Piel.

Figura 27 – Verificación Diaria de Piel. En **Historial** permite ver el histórico de los registros de la verificación diaria de piel del paciente hospitalizado y da clic en **Ver**. Figura 40

VALORACION DIARIA DE LA PIEL						
EVOLUCION		FECHA	USUARIO	ESTADIO	LOCALIZACION	DESCRIPCION
6266474	20/08/2020	07-08-37	JEFE DE URGENCIAS	LPP ESTADIO I	prueba	PIEL INTEGRAL OTRO

Figura 40 – Historial de Verificación Diaria de Piel.

7.3 ULCERAS POR PRESIÓN

Al dar clic en **Ulceras por Presión**   permite seleccionar **Si** o **No** el paciente ingresa con úlceras o lesiones de piel a la institución valorando la Región, Sitio y Grado. Da clic en **Guardar**. Figura 41

VALORACION DE ULCERAS POR PRESION

INFORMACION GENERAL | HISTORIAL

¿EL PACIENTE INGRESA CON ULCERAS / LESIONES DE PIEL A LA INSTITUCIÓN? SI NO

REGION	SITIO	ULCERAS POR PRESION	
		RELEC	GRADO
CABEZA	Zona occipital		
	Orejas		
	Fosa nasal		
	Cavidad oral		
	Majillas		
TORAX	Mamas	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ompilato		
	Acromion		
	Sacro	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Sacro		
ABDOMEN Y PELVIS	Interglutea		
	Glutea		
	Espina Ilica		
	Organos genitales		
	Ingle		
EXTREMIDADES	Codo	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Talones		
	Trocantar		
	Rodillas		
	Muñeca	<input checked="" type="checkbox"/>	

GUARDAR

Figura 41 – Ulceras Por Presión.

En **Historial** permite ver el histórico de los registros de Ulceras por Presión de los pacientes hospitalizados y da clic en **Ver**. Figura 42

VALORACION DE ULCERAS POR PRESION

INFORMACION GENERAL | HISTORIAL

EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OP
8266474	20/08/2020	JEFE DE URGENCIAS	<input checked="" type="checkbox"/> VER

INFORMACION GENERAL | HISTORIAL

CERRAR [X]

¿EL PACIENTE INGRESA CON ULCERAS / LESIONES DE PIEL A LA INSTITUCIÓN?		SI	NO	X
REGION	SITIO	GRADO		
		CABEZA	Zona occipital	
CABEZA	Orejas			
	Fosa nasal			
	Cavidad oral			
	Majillas			
	Mamas			
TORAX	Ompilato			
	Acromion			
	Sacro			
	Interglutea			
	Glutea			
ABDOMEN Y PELVIS	Espina Ilica			
	Organos genitales			
	Ingle			
	Codo			
	Talones			
EXTREMIDADES	Trocantar			
	Rodillas			
	Muñeca			
	Maleolos			

Figura 42 – Historial Ulceras Por Presión.

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

8. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Al dar clic en **Consentimientos Informados** **CONSENTIMIENTOS INFORMADOS** **Consentimientos Informados** permite Realizar la solicitud, Confirmar o ver el Historial de los consentimientos informados. Figura 43

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS						
SOLICITUD CONSENTIMIENTOS	CONFIRMACION CONSENTIMIENTOS	HISTORIAL				
DESCRIPCION	SQL	MOD	ELI	IMP		
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RIESGOS DE ENFERMERIA						

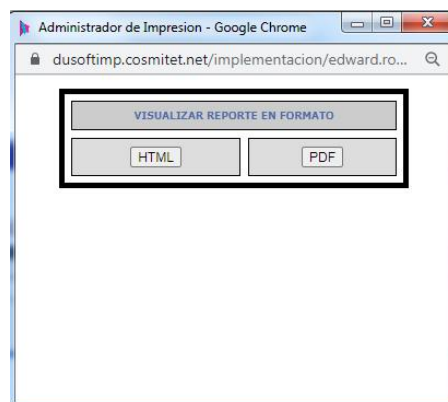
Figura 43 – Consentimientos Informados.

En **Solicitud de Consentimientos** permite imprimir el Consentimiento Informado para Riesgos de Enfermería. Figura 44

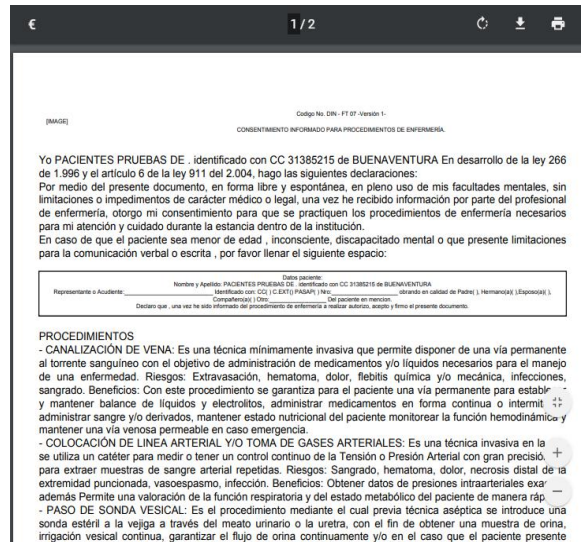
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS						
SOLICITUD CONSENTIMIENTOS	CONFIRMACION CONSENTIMIENTOS	HISTORIAL				
DESCRIPCION	SQL	MOD	ELI	IMP		
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RIESGOS DE ENFERMERIA						

Figura 44 – Solicitud de Consentimientos.

Selecciona Formato HTML o PDF.



Se genera el documento.



€ 1 / 2

Código No. DM - FT 07 - Versión 1.
(MAGE)
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo PACIENTES PRUEBAS DE , identificado con CC 31385215 de BUENAVENTURA En desarrollo de la ley 266 de 1.996 y el artículo 6 de la ley 911 del 2.004, hago las siguientes declaraciones:

Por medio del presente documento, en forma libre y espontánea, en pleno uso de mis facultades mentales, sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, una vez he recibido información por parte del profesional de enfermería, otorgo mi consentimiento para que se practiquen los procedimientos de enfermería necesarios para mi atención y cuidado durante la estancia dentro de la institución.

En caso de que el paciente sea menor de edad , inconsciente, discapacitado mental o que presente limitaciones para la comunicación verbal o escrita , por favor llenar el siguiente espacio:

Datos paciente:
Nombre y Apellido: PACIENTES PRUEBAS DE , identificado con CC 31385215 de BUENAVENTURA ubicado en (Calle de Padre) , (Hermandad) , (Española) .
Representante o Acudante: _____ Verificado con C.C. (C.E.R.T.I.FICADO) No. _____
Compañero(a) y Otro: _____ Del paciente en mención.
Declaro que, una vez he sido informado del procedimiento de enfermería a realizar anterior, acepto y firmo el presente documento.

PROCEDIMIENTOS

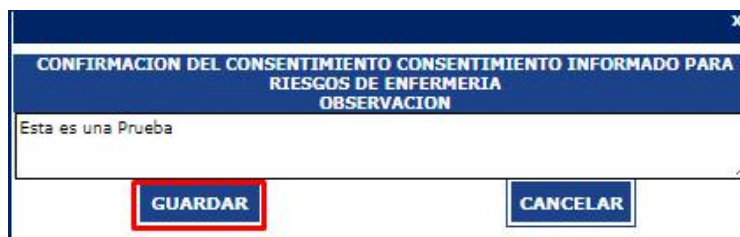
- CANALIZACIÓN DE VENA: Es una técnica mínimamente invasiva que permite disponer de una vía permanente al torrente sanguíneo con el objetivo de administración de medicamentos y/o líquidos necesarios para el manejo de una enfermedad. Riesgos: Extravasación, hematoma, dolor, fiebres química y/o mecánica, infecciones, sangrado. Beneficios: Con este procedimiento se garantiza para el paciente una vía permanente para establecer y mantener balance de líquidos y electrolitos, administrar medicamentos en forma continua o intermitente, administrar sangre y/o derivados, mantener estado nutricional del paciente, monitorear la función hemodinámica y mantener una vía venosa permeable en caso emergencia.
- COLOCACIÓN DE LÍNEA ARTERIAL Y/O TOMA DE GASES ARTERIALES: Es una técnica invasiva en la que se utiliza un catéter para medir o tener un control continuo de la Tensión o Presión Arterial con gran precisión, para extraer muestras de sangre arterial repetidas. Riesgos: Sangrado, hematoma, dolor, necrosis distal de la extremidad puncionada, vasospasmo, infección. Beneficios: Obtener datos de presiones intraarteriales exactas, además Permite una valoración de la función respiratoria y del estado metabólico del paciente de manera rápida.
- PASO DE Sonda Vesical: Es el procedimiento mediante el cual previa técnica aséptica se introduce una sonda estéril a la vejiga a través del meato urinario o la uretra, con el fin de obtener una muestra de orina, irrigación vesical continua, garantizar el flujo de orina continuamente y/o en el caso que el paciente presente

En **Confirmación de Consentimientos** permite confirmar el Consentimiento Informado
Figura 45

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS		
SOLICITUD CONSENTIMIENTOS	CONFIRMACION CONSENTIMIENTOS	HISTORIAL
DESCRIPCION		CONFIRMAR
		IMP
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RIESGOS DE ENFERMERIA		<input type="checkbox"/>

Figura 45 – Confirmar Consentimientos.

Al dar clic en **CONFIRMAR** despliega la ventana para realizar la confirmación, coloca la observación y clic en Guardar.



CONFIRMACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RIESGOS DE ENFERMERIA

OBSERVACION


Esta es una Prueba

GUARDAR **CANCELAR**

Como se muestra en la Figura 46



Figura 46 – Consentimientos Confirmado.

Para imprimir da clic en 

En **Historial** permite visualizar el histórico de consentimientos informados del paciente y da clic en Ver. Figura 47



Figura 47 – Historial Consentimientos Confirmados

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

9. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al dar clic en **Seguridad del Paciente** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 48

SEGURIDAD DEL PACIENTE	Notas de Seguridad
	Escala de Braden
	Control Riesgo Caída
	Eventos Adversos
	Cateter Venoso Periférico
	Cateter Venoso Central
	FOREIA
	Foream
Escala Humpty Dumpty	

Figura 48 – Menú Seguridad del Paciente.

9.1 Notas de Seguridad

Al dar clic en **Notas de Seguridad** **SEGURIDAD DEL PACIENTE** **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 49

NOTAS DE SEGURIDAD				
INFORMACION GENERAL	HISTORIA			
NO.	ITEM A EVALUAR	SI	NO	N/A
1.	Tiene muestra identificada con nombre y apellidos completos en manifiesto e identificación de riesgo por caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Tiene las medidas de bioseguridad según los manifiestos completos y cumplidos en caso indicado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Identifica, tanto en el momento de ingreso, como antes, después de ingreso, los tipos de lesiones de riesgo: Quemadura, laceración, trauma en el momento de ingreso, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tiene el protocolo de escala de riesgo de caída y verificado según el riesgo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Tiene el protocolo de escala de riesgo de caídas (FALLA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Tiene el protocolo de escala de identificación de riesgo de UCI (Basen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Se hizo con el paciente según el riesgo del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Se cumplió el plan de manejo de riesgo o otro caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Se verificó los servicios de atención y se gestionó según los requerimientos, y se protegen los datos (si requiere).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Tiene el protocolo de caso de riesgo de procedimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	El registro de atención es adecuado e identificado según la institución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Respecto al procedimiento de caso, se verificó el riesgo correspondiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Se verificó la calidad de los datos con los datos reales con la frecuencia requerida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Se verificó la calidad de los datos con los datos reales y se verificó el riesgo correspondiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Tiene el protocolo de caso de riesgo de caso o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Se verificó el protocolo de caso de riesgo de caso correspondiente y se verificó el riesgo de atención o manejo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GUARDAR

Figura 49 – Notas de Seguridad.

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 50



Figura 50 – Historial Notas de Seguridad.



The screenshot shows the 'HISTORIAL' tab of the 'NOTAS DE SEGURIDAD' interface. It displays a table with the following columns: 'No.', 'ITEM EVALUADOR', 'SI', 'CUMPLE', 'NO', and 'N/A'. The table contains 24 rows of evaluation items, each with a corresponding 'SI' and 'CUMPLE' status. A 'CERRAR [X]' button is visible in the top right corner of the table area.

No.	ITEM EVALUADOR	SI	CUMPLE	NO	N/A
1	Tiene manilla diligenciada con nombres y apellidos completos en manuscrito e identificación del riesgo por color.	X			
2	Tiene tarjeta de identificación diligenciada con nombres completos y puesto en el sitio indicado.	X			
3	Tiene las medidas de barrera según el riesgo. (Drapes de aviles, cama elevada, fumación adecuada, cama en la mínima altura posible, piso seco, área designada). (Los de más adecuada)	X			
4	Tiene diligenciada la escala de riesgo de caída y clasificado según el riesgo.		X		
5	Tiene clasificado en riesgo de infección urinaria. (MNI)		X		
6	Tiene diligenciada la escala de identificación de riesgo de UPI. (braden)		X		
7	Se mide con la frecuencia según el riesgo del paciente.		X		
8	Se humecta la piel, se realiza la higiene y baño diario.		X		
9	Se realiza los cambios de posición o de posición 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 cuidado de enfermería actualizado e identificado según lo establecido.		X		
12	Presenta signos vitales en la cual fue notificado al servicio correspondiente.		X		
13	Se realiza curación de heridas con técnica aséptica, con la frecuencia requerida.		X		
14	Se realiza curación del CIV según lo requerido, por enfermería y se deja cubierto y rotulado.		X		
15	Tiene venousuccion con catéter periférico vigente y marcado.		X		
16	Se realiza inspección en busca de fiebre, extravasaciones y/o infiltraciones y se realizan medidas de prevención y/o manejo de venitas al sistema cerrado de época vascular, con permeabilidad del flujo unívoco y todas sujeción por debajo de la altura de la vejiga.		X		
17	Esta identificado con rotula de aislamiento y se aplican las medidas necesarias para evitar contaminación cruzada.		X		
18	Tiene equipo: líquidos endovenosos y bombas de infusión rotulados.		X		
19	Tiene conciliación de medicamentos diligenciada.		X		
20	Se tienen identificados los riesgos del paciente.		X		
21	Se brinda educación al paciente de las medidas de seguridad nombradas.		X		
22	Se le explicaron las medidas de seguridad utilizando el rotafolio de seguridad del paciente.		X		
23	Tiene diligenciada la lista de chequeo de Cirugía Segura.		X		
24	Tiene consentimiento informado de la transfusión, donde el médico le ha explicado el procedimiento, indicaciones, complicaciones, riesgos y alternativas.		X		

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

CERRAR [X]

9.2 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 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 51



The screenshot shows the 'ESCALA DE BRADEN' form with the following data:

INDICADOR	ESCALA DE BRADEN	PUNTAJE
INSTRUCION	Advertida	3
EXPOSICION A LA HUMEDAD	Completamente limitada	3
MOVILIDAD	Completamente limitada	3
PERCEPCION SENSORIAL	Completamente limitada	3
ACTIVIDAD	Completamente limitada	3
RIESGO Y PELIGRO DE LESIONES	Completamente limitado	3
PUNTAJE TOTAL		24

PUNTAJE	RIESGO	VALORACION INICIAL	REVALORACION	EXAMEN DE PIEL	HEGEMO DE PIEL	CAMBIO POSTERIORES	PROTECCION TALONES	DEFERENCIA DE APOYO	SEDESTACION
14-15	ALTO	Superviso	Cada 24 h	Diario	Diario	Cada 2 H.	Tela con algodón	Diurnas	Caja de gases + 2
12-14	MODERADO	Superviso	Cada 72 h	Diario	Diario	Cada 2 H.	Tela con algodón	Diurnas	Caja + 2 H.
9-11	BAJO	Superviso	Cada 120 h	Diario	Diario	Cada 2 H.	Según requerimiento	Diurnas	Según requerimiento

GUARDAR

Figura 51 – Escala de Braden.

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 52



The screenshot shows the 'ESCALA DE BRADEN' historical view with the following data:

INGRESO	FECHA INGRESO	EVOLUCION	NÚMERO - RES-540	FECHA	OSUARIO	OP
2464391	15/05/2020 12:55:07	0200210	18 - B40	02/07/2020 02:07:44	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	Ver

Figura 52 – Historial Escala de Braden.



The screenshot shows the 'ESCALA DE BRADEN' form with the following data:

INDICADOR	VARIABLE	PUNTAJE
INSTRUCION	Advertida	3
PERCEPCION SENSORIAL	Completamente limitada	3
ACTIVIDAD	Completamente limitada	3
MOVILIDAD	Completamente limitada	3
EXPOSICION A LA HUMEDAD	Completamente limitada	3
RIESGO Y PELIGRO DE LESIONES	Completamente limitado	3
PUNTAJE TOTAL		24

PUNTAJE	RIESGO	VALORACION INICIAL	REVALORACION	EXAMEN DE PIEL	HEGEMO DE PIEL	CAMBIO POSTERIORES	PROTECCION TALONES	DEFERENCIA DE APOYO	SEDESTACION
14-15	ALTO	Superviso	Cada 24 h	Diario	Diario	Cada 2 H.	Tela con algodón	Diurnas	Caja de gases + 2 H.
12-14	MODERADO	Superviso	Cada 72 h	Diario	Diario	Cada 2 H.	Tela con algodón	Diurnas	Caja + 2 H.
9-11	BAJO	Superviso	Cada 120 h	Diario	Diario	Cada 2 H.	Según requerimiento	Diurnas	Según requerimiento

Ver

#	MEASURAS GENERALES PREVENTIVAS	HECHO	CUMPLE	SI
1	Mantener las barandas de la cama funcionando y arriba.			
2	Verificar que el freno de la cama está puesto.			
3	Mantener alguna iluminación nocturna.			
4	Tener el botón de llamado accesible, identificando la forma adecuada de llamado por el dispositivo, en el panel o en el baño.			
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.			
6	Evitar al paciente alerta de los riesgos que tiene en la institución, de cómo se debe levantar, caminar y/o aceptar medidas de encuentro hospitalizado.			
7	Retirar todo el material que pueda producir caídas tales como: conmutadores, cables, líquidos, etc.			
8	Supervisar que los suelos de los Servicios y/o Unidades no estén húmedos y resbaladizos. En caso de estarlo evitar que el paciente pase por esa área.			
9	Mantener el enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, para prevenir hipotensión ortostática (mareos) o sentarlo en un sillón apropiado acompañado de un familiar.			
10	Mantener un mobiliario adecuado (mesa de noche y guardapies) 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 almuerzo en cama.			
11	Facilitar que el baño sea accesible y acompañarlo dándole las indicaciones adecuadas del uso de barandas y silla en la ducha.			
12	Promover el uso adecuado de ropa y elementos accesorios como: gafas y calzado.			
13	Supervisar y asegurar que el paciente sea acompañado cuando se moviliza. Ayudarlo a caminar por familiar o enfermera, en especial si presenta Inestabilidad funcional (compañía de miembro, parosís, parálisis).			
14	Realizar, al menos, una evaluación de riesgo de caídas al ingreso, al momento de ser admitido en el hospital, al momento de ser admitido en el hospital, al momento de ser admitido en el hospital.			
15	Realizar una evaluación de riesgo de caídas al ingreso, al momento de ser admitido en el hospital, al momento de ser admitido en el hospital.			

GUARDAR

Figura 54 – Medidas Preventivas de Riesgo de Caídas.

Para confirmar se da clic en **Aceptar**.

dusoftimp.cosmitet.net dice

¿DESEA GUARDAR LOS DATOS?

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 55

EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS						
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL				
INGRESO - FECHA INGRESO	ENTRADA	FECHA	DIAGNOSTICO	INTERPRETACION	OPCION	
24/05/2021	0200230	02/07/2022 14:12:02	RIESGO DE PUEBLA UNIDAD PENAL	RIESGO HIGH ALTO - MAYOR DE 5 PUNTES	<input type="button" value="Ver"/>	

Figura 55 – Historial de Evaluación de Riesgo de Caídas.

9.4 Eventos Adversos.

Al dar clic en **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. Da clic en **Guardar**. Figura 56

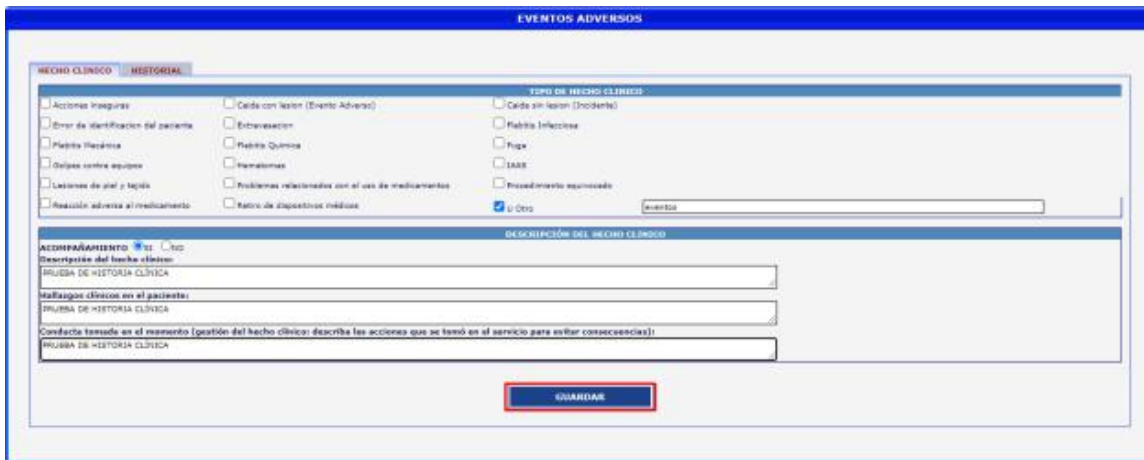


Figura 56 – Eventos Adversos.

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en **Historial**. Y luego clic en **Ver**. Figura 57



HECHO CLINICO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	GUARDADO	TIPO DE HECHO CLINICO	OP
309428	8386318	03/07/2020 02:07:56	HECHO DE PRUEBA USUAD RENTAL	U Otro - eventos	

Figura 57 – Eventos Adversos.

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

CERRAR [X]



9.5 Catéter venoso Periférico.

Al dar clic en **Catéter Venoso Periférico** permite registrar el control realizado al Catéter venoso Periférico colocado a Paciente teniendo en cuenta:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cateter Venoso Periférico

- ✓ Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico.
- ✓ Causa de Retiro del Catéter.
- ✓ Escala de Valoración Flebitis.
- ✓ Escala de Infiltración. Figura 58



Figura 58 – 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 59



Figura 59 – 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 60

* INDICACIÓN

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ANTIEMÉTICO

HEMODIÁLISIS

HEMODIÁLISIS

TRANSFUSIÓN

ANALGESIA

HEMODIÁLISIS

OTROS USOS

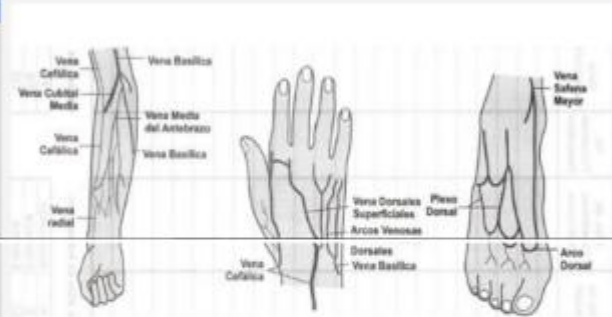
* VÍA DE INYECCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
ARCO VENOSO DORSAL PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASELICA ANTERIOR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASELICA PIANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA ANTERIOR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA BUZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DORSAL DE LA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EMERGENCIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMIL CUBITAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMILNA ANTERIOR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMILNA POSTERIOR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMILNA EXTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMILNA INTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEMILNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VENA FACIAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VENULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* CALIBRE DE CATÉTER UTILIZADO

14G
 16G
 18G
 20G
 22G
 24G
 OTRO

* NÚMERO DE FUNCIONES RELENADAS

* OBSERVACIÓN



Guardar

Figura 60 – Indicación.

Muestra el Registro de la información de la Indicación/vía Catéter periférico.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE INICIO / INYECCIÓN	FECHA Y HORA REALIZACIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	CALIBRE UTILIZADO	VÍA - LATERALIDAD	Nº FUNCIONES REALIZADAS	USUARIO	ORGANIZACIÓN	INDICACIÓN
+	-	06-07-2020 16:06:51 6266232	2020-07-08 10:05:50		14G	HEMILNA DERECHERO	5	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANEJO 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 61

Inicio / Via Catéter Venoso Periférico / **Causa De Retiro Del Catéter** / Estado Valoración Paciente / Estado De Satisfacción

RETIRO CATÉTER

FECHA DE RETIRO DEL CATÉTER DE ACUERDO A PROTOCOLO: 2020-07-08

FECHA REAL DE RETIRO CATÉTER: 2020-07-08

*CAUSA DE RETIRO DEL CATÉTER

- BACTEREMIA
- COLOCACIÓN DE CVC/PIC
- CUMPLE TIEMPO DE RETIRO
- DRENO
- FILTRACIÓN
- FLUJOS
- MAL FUNCIONAMIENTO
- HUERTE
- OBSTRUCCIÓN
- RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVO

Guardar

Figura 61 – 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	CLINICIA	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVALUACION	FECHA Y HORA IMPRESION DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	COLUMNA UTILIZADA	VIA - LATERALIDAD	NO FUNCIONA REALIZADAS	USUARIO	INDICACION	INDICACION
		08-07-2020 13:56:51 8286232	2020-07-08 10:00:00		SAC	PERIFERAL-DERECHADO	1	MEDICO DE PUJERA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANEJO DE HC	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 08-07-2020 13:20:52.

Inicio / Via Catéter Venoso Periférico / **Causa De Retiro Del Catéter** / Estado Valoración Paciente / Estado De Satisfacción

RETIRO CATÉTER

FECHA DE RETIRO DEL CATÉTER DE ACUERDO A PROTOCOLO: 2020-07-08

FECHA REAL DE RETIRO CATÉTER: 2020-07-08

*CAUSA DE RETIRO DEL CATÉTER

- BACTEREMIA
- COLOCACIÓN DE CVC/PIC
- CUMPLE TIEMPO DE RETIRO
- DRENO
- FILTRACIÓN
- FLUJOS
- MAL FUNCIONAMIENTO
- HUERTE
- OBSTRUCCIÓN
- RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVO

Guardar

CLINICIA	EVALUACION	FECHA RETIRO PROTOCOLO	FECHA REAL DE RETIRO	CAUSA RETIRO	USUARIO
	8286232	08-07-2020 13:20:52	2020-07-08	OBSTRUCCION	MEDICO DE PUJERA UNIDAD RENAL

En la opción de **Escala Valoración Flebitis** permite registrar 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 62



Grado	Descripción	Selección
0	SIN SIGNOS CLÍNICOS.	<input type="radio"/>
1	DOLORES EN EL SITIO DE VENOPIUNCIÓN.	<input checked="" type="radio"/>
2	DOLORES MÁS EXTENSA LEGERO.	<input type="radio"/>
3	DOLORES, ERITEMA Y EDEMA.	<input type="radio"/>
4	DOLORES, ERITEMA, INDEURACIÓN > 3 CM.	<input type="radio"/>
5	CRISTALES + COMBÓN VENOSO PALPABLE.	<input type="radio"/>
6	SALIDA DE MATERIAL PURULENTO + FIEBRE.	<input type="radio"/>

Figura 62 – Escala Valoración Flebitis.

Nota: debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso periférico.

CP	ESTADOS	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVALUACIÓN	FECHA Y HORA INGRESO DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO FUNCIONES REALIZADAS	INDICIO	INDICACIONES	INDICACIONES
1	1	06-07-2020 15:58:51 8386283	2020-07-06 16:00:00		14G	PERIDORSAL DERECHO	0	INDICIO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANEJO DE HC	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.



ESTADOS	FECHA Y HORA	FECHA INGRESO	DESCRIPCIÓN	INDICIO
1	06-07-2020 15:58:51	2020-07-06 16:00:00	DOLORES EN EL SITIO DE VENOPIUNCIÓN.	INDICIO 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 63



CONTROL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

DEBE SELECCIONAR UNA VÍA CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Fiebre * 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"/>

Guardar

Figura 63 – Escala de Infiltración.

Nota: debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso periférico.

CP	USUARIO	FECHA Y HORA DE INGRESO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INGRESO DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CATEGORÍA AFECCIONADO	VIA - LATERALIDAD	NO FUNCIONA REALIZANDO	DEBIDO	ORIGEN/CAUSA	INDICACIÓN
1	[Icono]	26-07-2020 03:54:51 9386252	2020-07-06 10:00:00		SAC	FEMORAL-DERECHO	1	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	PRUEBA DE MANUAL DE HC	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

información es almacenada.

La



Datos guardados correctamente 26-07-2020 03:54:51

* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Fiebre * 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"/>

Guardar

USUARIO	EVOLUCIÓN	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	DEBIDO
[Icono]	SAC	26-07-2020 03:54:51	NO HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
TOTAL				

9.6 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 64

CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL

[INSERCIÓN DEL CATÉTER](#) | [SEGUIMIENTO ESTADO DEL PACIENTE](#) | [HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO](#) | [DIAGNÓSTICO DEL CATÉTER](#) | [HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER](#) | [RETIRO DEL CATÉTER](#)

*** DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

FECHA DE INSERCIÓN:
 HORA DE INSERCIÓN: :
 SEXO DEL CATÉTER:

*** PREVENCIÓN**

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANÁLISIS
 ANTIEMÉTICOS BOMBA ACCESO VENOSO
 HEMODIALISIS HIDRATACIÓN
 NUTRICIÓN PARENTERAL TRANSFUSIÓN

* VÍA DE INSERCIÓN	SI	NO
BASELICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEREBRAL	<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"/>

PREVENIDAS	SI	NO
ANESTESIA LOCAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEPTICIA Y ANTISEPTICIA DE PIEL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ELTERMINADO COMO GUÍA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TÉCNICA DE RELAJACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCISIÓN DE PIEL EN SITIO DE PUNCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÚMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	<input type="text" value="NÚMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS"/>	
NÚMERO DE LUCES DEL CATÉTER	<input type="text" value="NÚMERO DE LUCES DEL CATÉTER"/>	
UBICACIÓN CONFIRMADA POR IMAGEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
REJACIÓN DE PIEL CON SUTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CURACIÓN CON ANTIEMÉTICO (POSTERIOR A INSERCIÓN)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COBERTURA	<input type="text" value="COBERTURA"/>	
PRESENTA COMPLICACIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSERVACIONES	<input type="text" value="OBSERVACIONES"/>	

POSTERIOR A LA COLOCACIÓN

PREGUNTAS	SI	NO
SEÑALA CATÉTER CON FECHA Y HORA DE COLOCACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SE REALIZA EX PARA CONFIRMAR UBICACIÓN Y COMPLICACIONES INMEDIATAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 64 – 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 65



Figura 65 – Inserción de Catéter.

Debe seleccionar la indicación del porque se coloca el catéter y la Vía de Inserción (Izquierda o Derecha). Figura 66



INDICACIÓN			
<input type="checkbox"/>	ADMINSTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	ANALGESIA
<input type="checkbox"/>	ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/>	ESPAL ACCESO VENOSO
<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISIS	<input type="checkbox"/>	RESUSITACIÓN
<input type="checkbox"/>	INYECCIÓN PARENTERAL	<input type="checkbox"/>	TRANSFUSIÓN
VÍA DE INSERCIÓN			
VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDA		DERECHA
BASÍLICA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
DEXTRÁLICA	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
PERIFERAL	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
SUBCLÁVIA	<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 66 – Indicación y Vía.

Contestar las preguntas. Figura 67

PREGUNTAS	SI	NO
ANESTESIA LOCAL	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
AREPICA Y ANTIBIOTA DE PIEL	<input type="text" value="Clorhexidina 0.05%"/>	
ULTRASONIDO COMO GUÍA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TÉCNICA DE BELLENUDI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
INYECCIÓN DE PIEL EN RETO DE PUNCIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
NÚMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	<input type="text" value=""/>	
NÚMERO DE LUCES DEL CATETER	<input type="text" value=""/>	
UBICACIÓN CONFIRMADA POR IMAGEN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
REACCIÓN DE PIEL CON SUTURA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
DURACIÓN CON ANTISÉPTICO (POSTERIOR A INYECCIÓN)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
COMERTURA	<input type="text" value="Ligero y permanente"/>	
PRESENTA COMPLICACIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OBSERVACIONES	<input type="text" value=""/>	

Figura 67 – Preguntas.

Y registrar la información posterior a la colocación y clic en Guardar. Figura 68

POSTERIOR A LA COLOCACIÓN		
PREGUNTAS	SI	NO
RÓTULA CATETER 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 68 – Posterior a la Colocación.

La información es almacenada.

IDP	FLORIANI	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INYECCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	URTIARIO	INDICACIÓN
<input type="checkbox"/>		17-07-2020 07:27:44 6366295	2020-07-17 07:00:00		SUBCLAVIA- IZQUIERDO	RIESGO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En **Seguimiento Diario al Paciente** registra la información del seguimiento diario y da clic en Guardar. Figura 69

* INERCIÓN DEL CATÉTER			* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE			* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO			* CUIDADOR DEL CATÉTER			* HISTORIAL CUIDADOR DEL CATÉTER			* RETIRO DEL CATÉTER		
PREGUNTAS				SI				NO									
SETO 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"/>									
LÓMENES 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"/>									
LÓMENES PERMEABLES				<input type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>									

Figura 69 – Seguimiento Diario al Paciente.

Nota: debe tener en cuenta que se debe seleccionar una vía de catéter venoso central.

IDP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSCRIPCIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	VIA - LATERALIDAD	UNIDAD	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	UNIDAD
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	LÓMENES LIMPOS Y SIN RESIDUO DE SANGRE EN EL EMPATE	NO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
6266295	17-07-2020 07:54:13	LÓMENES 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	SETO 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 70.

CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 17-07-2020 07:56:56.

[* INSERCIÓN DEL CATÉTER](#) |
 [* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE](#) |
 HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO |
 [* CUIDADOS DEL CATÉTER](#) |
 [* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER](#) |
 [* RETIRO DEL CATÉTER](#)

NO EXISTE HISTORIAL

Figura 70 – 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 71

[* INSERCIÓN DEL CATÉTER](#) |
 [* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE](#) |
 [* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO](#) |
 CUIDADOS DEL CATÉTER |
 [* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER](#) |
 [* RETIRO DEL CATÉTER](#)

RECAMBIO DE APÓNTOX CON TÉCNICA ASÉPTICA	FECHA 2020-07-17	HORA 08 20	RESPONSABLE MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL
ANTISEPTICO EMPLEADO	SOLUCIÓN LOCAL		
COBERTURA	TUBO DE TRANSFERENCIA		
REEMPLAZO DE TUBULADURAS Y EQUIPOS DE INFUSIÓN	FECHA 2020-07-17	HORA 08 20	RESPONSABLE MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL

Guardar

Figura 71 – 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 / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSCRIPCIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	VIA - LATERALIDAD	UNIDAD	INDICACIÓN
		17-07-2020 07:27:44 6266395	2020-07-17 07:00:06		SUBCLAVIA - IZQUIERDO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En **Historial Cuidados del Catéter** permite visualizar el histórico de cuidados del catéter. Figura 72

CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE 17-07-2020 07:56:56.

[* INSERCIÓN DEL CATÉTER](#) |
 [* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE](#) |
 [* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO](#) |
 [* CUIDADOS DEL CATÉTER](#) |
 HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER |
 [* RETIRO DEL CATÉTER](#)

NO EXISTE HISTORIAL

Figura 72 – 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 73



Figura 73 – 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 / EVALUACIÓN	FECHA Y HORA INYECCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA SICTIVO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	UNIDAD	INDICACIÓN
<input checked="" type="checkbox"/>		17-07-2020 07:27:44 6266295	2020-07-17 07:00:00		BURCLEVA - DERECHO	MEDICO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

EVALUACIÓN	FECHA REGISTRO	PREGUNTAS	RESPUESTA	UNIDAD
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	INYECCIÓN	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

EVALUACIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS																																																							
INFORMACIÓN GENERAL		FECHA																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS</th> <th colspan="2">FECHA</th> </tr> <tr> <th colspan="2">PACIENTE</th> <th colspan="2">FECHA</th> </tr> <tr> <th colspan="2">PACIENTE</th> <th colspan="2">FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IDENTIFICACION</td> <td>Nombre del paciente: []</td> <td>Apellido: []</td> <td>Edad: []</td> </tr> <tr> <td>DEBERIA SER</td> <td>Identificación de riesgo: []</td> <td>Identificación de riesgo: []</td> <td>Identificación de riesgo: []</td> </tr> <tr> <td>DEFICIT INDICADOR</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>DEFICIENCIAS MEDICAS</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>DEFICIT</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>DEFICIT MEDICA</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>DEFICIT</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>DEFICIENCIAS MEDICAS Y DE CAÍDAS</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>RECONOCIMIENTO DE RIESGO</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> <tr> <td>USO DE MEDICAMENTOS</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> <td>Deficiencias de seguridad: []</td> </tr> </tbody> </table>				EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS		FECHA		PACIENTE		FECHA		PACIENTE		FECHA		IDENTIFICACION	Nombre del paciente: []	Apellido: []	Edad: []	DEBERIA SER	Identificación de riesgo: []	Identificación de riesgo: []	Identificación de riesgo: []	DEFICIT INDICADOR	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	DEFICIENCIAS MEDICAS	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	DEFICIT	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	DEFICIT MEDICA	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	DEFICIT	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	DEFICIENCIAS MEDICAS Y DE CAÍDAS	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	RECONOCIMIENTO DE RIESGO	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	USO DE MEDICAMENTOS	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS		FECHA																																																					
PACIENTE		FECHA																																																					
PACIENTE		FECHA																																																					
IDENTIFICACION	Nombre del paciente: []	Apellido: []	Edad: []																																																				
DEBERIA SER	Identificación de riesgo: []	Identificación de riesgo: []	Identificación de riesgo: []																																																				
DEFICIT INDICADOR	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
DEFICIENCIAS MEDICAS	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
DEFICIT	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
DEFICIT MEDICA	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
DEFICIT	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
DEFICIENCIAS MEDICAS Y DE CAÍDAS	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
RECONOCIMIENTO DE RIESGO	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
USO DE MEDICAMENTOS	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []	Deficiencias de seguridad: []																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">INFORMACION</th> <th colspan="2">PORTAJE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">[]</td> <td colspan="2">3</td> </tr> </tbody> </table>		INFORMACION		PORTAJE		[]		3		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CERRAR [X]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">[]</td> </tr> </tbody> </table>		CERRAR [X]		[]																																									
INFORMACION		PORTAJE																																																					
[]		3																																																					
CERRAR [X]																																																							
[]																																																							

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

CERRAR [X]

9.7 FOREIA.

Al dar clic en **Foreia**

SEGURIDAD DEL PACIENTE

FOREIA

 permite registrar los eventos adversos presentados en los pacientes por dispositivos médicos. Se debe registrar la información de:

- ✓ Información Básica del Reporte
- ✓ Información del Paciente
- ✓ Información del Dispositivo Medico
- ✓ Descripción del Suceso del Reporte
- ✓ Información del Reportante.

Y dar clic en Guardar. Figura 74

FORMATO DE REPORTE INTERNO

A. INFORMACION BASICA DEL REPORTE

Tipo de reporte: Evento Adverso Incidencia Adversa No Calidad

Servicios:

Fecha/hora:

B. INFORMACION DEL PACIENTE

Tipo/No. de identificación:

Iniciales:

Edad:

Sexo:

Diagnostico inicial/Procedimiento del paciente:

C. INFORMACION DEL DISPOSITIVO MEDICO

Nombre generico del dispositivo medico:

Nombre comercial del dispositivo medico:

Registro sanitario o permiso de comercializacion:

Lote:

Referencia:

Modelo:

Serial:

Nombre o razon social del Fabricante/Importador:

El dispositivo medico se habia utilizado mas de una vez: SI NO

D. DESCRIPCION DE SUCESOS DE REPORTE

La deteccion respecto al uso del dispositivo medico se dio: Antes del uso Durante el uso Después del uso

Describe los sucesos relevantes al reporte:

Liste las consecuencias que derivaron o pudieron derivar de los sucesos:

Conserve evidencia de soporte de los sucesos del reporte (fotos, videos): NO SI. Cuel

E. INFORMACION DEL REPORTANTE

Nombre de reportante:

Profesion/Cargo:

Telefono de contacto:

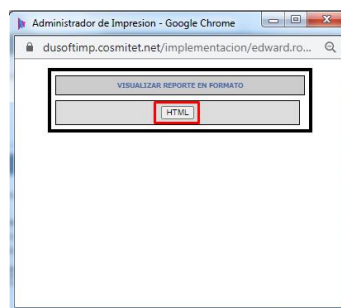
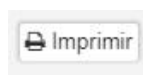
Correo electronico:

Nombre de jefe de servicio en turno durante los sucesos del reporte:

Nombre de medico asociado a sucesos del reporte:

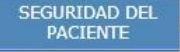
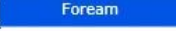
Figura 74 – Foreia.

Para Visualizar el Reporte da clic en



PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA: COSMITET - CALI										
FORMATO REPORTE INTERNO										
A. INFORMACION BASICA DEL REPORTE					Servicios		fecha/hora			
Tipo de reporte					INDEFINIDO		2020-08-26 12:00			
Evento Adverso										
B. INFORMACION DEL PACIENTE			Iniciales		Edad	Sexo		Diagnostico inicial/Procedimiento del paciente		
Tipo/No. de identificación			RF		57 años	Femenino		PRUEBA		
CC 31385215										
C. INFORMACION DEL DISPOSITIVO MEDICO		Nombre generico del dispositivo medico	Nombre comercial del dispositivo medico	Registro sanitario o permiso de comercializacion	Lote	Referencia	Modelo	Serial	Nombre o razon social del Fabricante/Importador	El dispositivo medico se habia utilizado mas de una vez
PRUEBA		PRUEBA	1111	111111	1111	1111	1111	1111	WWW	NO
D. DESCRIPCION DE SUCESOS DE REPORTE		La deteccion respecto al uso del dispositivo medico se dio	Describa los sucesos relevantes al reporte	Liste las consecuencias que derivaron o pudieron derivar de los sucesos		Conserve evidencia de soporte de los sucesos del reporte (fotos, videos)				
Antes del uso		VARIAS	VARIAS		NO					
E. INFORMACION DEL REPORTANTE		Nombre de reportante	Profesion/Cargo	Telefono de contacto	Correo electronico	Nombre de jefe de servicio en turno durante los sucesos del reporte		Nombre de medico asociado a sucesos del reporte		
CARLOS ZAPATA		ENFERMERO	323456789	PREUBA@GMAIL.COM	DIEGO ARBOLEDA		GUSTAVO ADOLFO CHICANGANA FIGUEROA			

9.8 FOREAM.

Al dar clic en **Foream**   permite registrar la sospecha de los eventos adversos en los pacientes relacionados con los medicamentos. Se debe registrar:

- ✓ Origen del Reporte
- ✓ Información del Paciente
- ✓ Información del Evento Adverso
- ✓ Información de los Medicamentos
- ✓ Manejo del Evento y su Desenlace
- ✓ Análisis del Evento
- ✓ Información del Notificante Primario

Y dar clic en **Guardar**. Figura 75

FORMATO REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS (FOREAM)

FORMULARIO
INSTRUCCIONES

1. ORIGEN DEL REPORTE

Fecha de Notificación: Departamento: Distrito / Municipio:

Institución: Servicio: Código de Habitación:

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

- Fecha de Nacimiento : 1963-07-11
- Tipo de Documento : CC
- Número de Documento : 31388215
- Sexo : F
- Régimen de Afiliación : REGIMEN DE EXCEPCION
- EPS : PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)

Peso (Kg): Etnia:

Estatura (Cm): Iniciales:

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

Código: Diagnóstico:

3. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Fecha de Inicio del Evento Adverso:

Evento Adverso:

Descripción del Evento Adverso:

EVOLUCIÓN

Recuperado sin Secuelas

SERIEDAD

Produjo o Prolongó Hospitalización

4. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS
Registre todos los medicamentos utilizados

Medicamento:

MEDICAMENTOS AGREGADOS

NOMBRE MEDICAMENTO	EDITAR	ELIMINAR

5. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE

SUSPENSIÓN

¿El evento desapareció al suspender el medicamento? SI NO N/A

¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis? SI NO N/A

¿El evento desapareció con tratamiento farmacológico? NO SI

RE-EXPOSICIÓN

¿El evento reapareció al re-administrar el medicamento? SI NO N/A

¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento? SI NO N/A

6. ANÁLISIS DEL EVENTO

Causalidad según Uppsala: Definitiva

Justificación del Análisis de Acuerdo a Causalidad:

7. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO

Notificante:

Dirección: Teléfono:

Correo:

Figura 75 – Foream.

Para observar cómo se debe registrar la información de Foream debe dar clic en Instrucciones. Figura 76



FORMATO REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS (FOREAM)

FORMULARIO | **INSTRUCCIONES**

1. ORIGEN DEL REPORTE

FECHA DE NOTIFICACIÓN:
Indicar la fecha en la que se diligencia 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. Indicar el código de habitación de la IPS

CODIGO DE HABITACIÓN:
Indicar el código de habitación de la IPS

2. 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 cuál

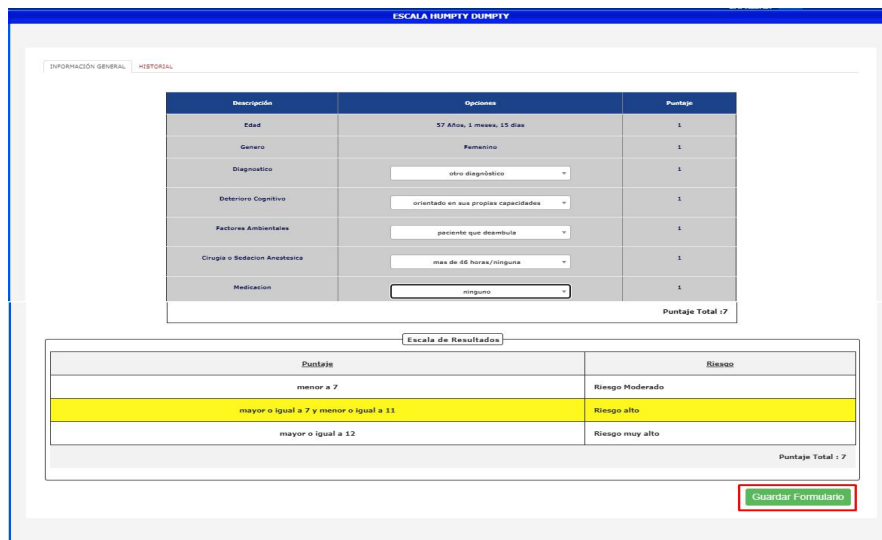
6. ANALISIS DEL EVENTO CAUSALIDAD

CAUSALIDAD SEGÚN UPPSALA:
Señale con una X la clasificación del evento, según análisis de causalidad (dentro de monitoreo internacional de farmacovigilancia) (búsqueda realizada en el momento de farmacia y transacciones a desarrollarse en el momento de

Figura 76 – Instrucciones Foream.

9.9 ESCALA HUMPTY DUMPTY.

Al dar clic en **Seguridad del Paciente** **Escala Humpty Dumpty** permite realizar la evaluación de probabilidad de caídas, teniendo en cuenta la Edad, Sexo, Diagnostico, Deterioro Cognitivo, Factores Ambientales, Cirugía o Sedación Anestésica y la Medicación a los cuales se les asigna un Valor para un Puntaje Total que determina el tipo de Riesgo (Moderado, Alto y Muy Alto). Figura 77



ESCALA HUMPTY DUMPTY

INFORMACIÓN GENERAL | HISTORIAL

Descripción	Opciones	Puntaje
Edad	37 Años, 1 mes, 15 días	1
Genero	Femenino	1
Diagnostico	otro diagnostico	1
Deterioro Cognitivo	orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	paciente que deambula	1
Cirugía o Sedación Anestésica	mas de 66 horas/ninguna	1
Medicación	ninguno	1
		Puntaje Total : 7

Escala de Resultados

Puntaje	Riesgo
menor a 7	Riesgo Moderado
mayor o igual a 7 y menor o igual a 11	Riesgo alto
mayor o igual a 12	Riesgo muy alto

Puntaje Total : 7

Guardar Formulario

Figura 77 – Escala Humpty Dumpty.

Para ver el Histórico da clic en [HISTORIAL](#)

ESCALA HUMPTY DUMPTY								
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL						
No. Resultado	Ingreso	Fecha Ingreso	Evolucion	Usuario	Fecha Registro	Puntaje	Riesgo	Ver
6	2494289	2020-04-06 11:09:16	6266517	JEFE DE URGENCIAS	2020-08-26 15:20:10	7	Riesgo alto	Ver Resultado

Y Clic en Ver Resultado. Figura 78

Resultado Escala Humpty Dumpty No. 6

Descripción	Opciones	Puntaje
Edad	57 Años, 1 meses, 15 días	1
Genero	Femenino	1
Diagnostico	otro diagnóstico	1
Deterioro Cognitivo	orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	paciente que deambula	1
Cirugia o Sedacion Anestésica	mas de 46 horas/ninguna	1
Medicacion	ninguno	1
Puntaje Total :7		

Escala de Resultados	
Puntaje	Riesgo
menor a 7	Riesgo Moderado
mayor o igual a 7 y menor o igual a 11	Riesgo alto
mayor o igual a 12	Riesgo muy alto
Puntaje Total : 7	

Figura 78 – Historial Escala Humpty Dumpty.

10. ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS

Al dar clic en **Escala, Controles y Encuestas** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 79

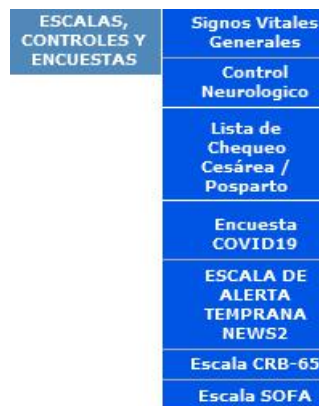


Figura 79 – Escalas, Controles y Encuestas.

10.1 SIGNOS VITALES GENERALES.

Al dar clic en **Signos Vitales Generales**  permite registrar los signos vitales del paciente. Figura 80



The screenshot shows a web form titled "SIGNOS VITALES GENERALES". It contains several input fields for patient data:

- PRFC. CARD. RETAL:** 1/min
- PRFC. CARD.:** 85 /min
- PRFC. RESP.:** 20 /min
- PRC:** 110 mmHg
- PRC:** 70 mmHg
- PES:** 70 kg
- PESO:** 170 kg
- TALLA:** 1.70 m
- TEMP.:** 36.5 °C
- T. AXILAR:** 36.5 °C
- SAT O₂:** 98 %
- HR:** 24.22
- ANC:** 1.82

 Below these fields are sections for "TIPO DE SIGNOS VITALES" (with a dropdown menu), "TIPO DE MONITOREO" (with a dropdown menu), and "EMERGENCIA" (with a text input field). At the bottom, there is a "ESCALA VISUAL ANALOGICA - EVA" section with a horizontal scale and a "Registrar" button.

Figura 80 – 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 81

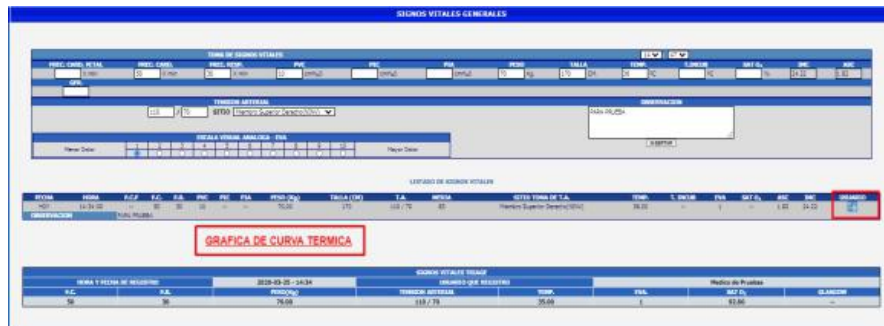


Figura 81 – Eliminar Signos Vitales Generales.

Al dar clic en Gráfica de Curva Térmica permite visualizar por fecha y Rangos de Horas la información de la temperatura del paciente. Figura 82

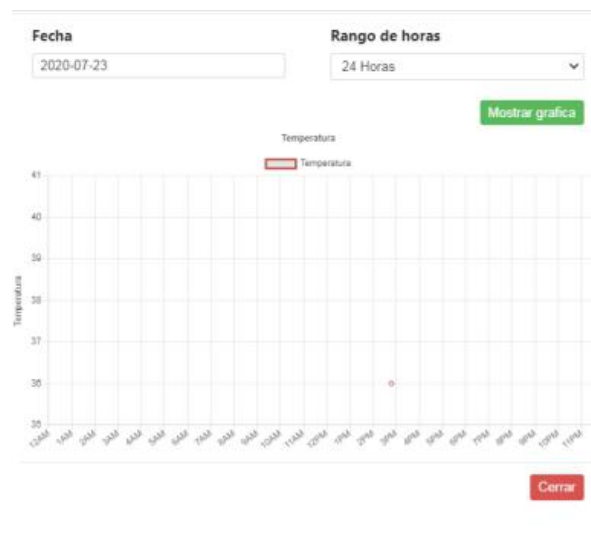


Figura 82 – Gráfica de Curva Térmica.

10.2 CONTROL NEUROLOGICO.

Al dar clic en **Control Neurológico**

ESCALAS,
CONTROLES Y
ENCUESTAS

Control Neurológico

permite registrar el

control neurológico de los pacientes y clic en **Insertar**. Figura 83

CONTROL DE ESTADO NEUROLÓGICO

TOMA DE CONTROLES NEUROLÓGICOS				NIVELES DE CONCIENCIA		FUERZA	
PUPILAS TALLA PUPILA IZQUIERDA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 REACCIÓN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 Normal		TALLA PUPILA DERECHA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 REACCIÓN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 Normal		Orientado	<input checked="" type="radio"/>	Obedece Ordenes	<input type="radio"/>
				Desorientado	<input type="radio"/>	BRAZO DERECHO	Buena
				Somnoliento	<input type="radio"/>	BRAZO IZQUIERDO	Buena
				Estuporoso	<input type="radio"/>	PIERNA DERECHA	Buena
				Comatoso	<input type="radio"/>	PIERNA IZQUIERDA	Buena

ESCALA DE GLASGOW					
0 - --	<input type="radio"/>	1 - Ninguna	<input type="radio"/>	1 - Ninguna	<input type="radio"/>
1 - No Respuesta	<input type="radio"/>	2 - Sonido Incomprensible	<input type="radio"/>	2 - Extensión	<input type="radio"/>
2 - A Dolor	<input type="radio"/>	3 - Respuesta Inadecuada	<input type="radio"/>	3 - Flexión	<input type="radio"/>
3 - A Ordenes	<input type="radio"/>	4 - Confuso	<input type="radio"/>	4 - Retira a Estímulo	<input type="radio"/>
4 - Espontanea	<input checked="" type="radio"/>	5 - Orientado	<input checked="" type="radio"/>	5 - Localiza al Estímulo	<input type="radio"/>
				6 - Obedece	<input checked="" type="radio"/>

LISTADO DE CONTROLES NEUROLÓGICOS

Figura 83 – Control Neurológico.

El Control Neurológico es almacenado en la parte inferior de la pantalla. Figura 84

CONTROL DE ESTADO NEUROLÓGICO

TOMA DE CONTROLES NEUROLÓGICOS				NIVELES DE CONCIENCIA		FUERZA	
PUPILAS TALLA PUPILA IZQUIERDA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 REACCIÓN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 Normal		TALLA PUPILA DERECHA <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 REACCIÓN <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 Normal		Orientado	<input checked="" type="radio"/>	Obedece Ordenes	<input type="radio"/>
				Desorientado	<input type="radio"/>	BRAZO DERECHO	Buena
				Somnoliento	<input type="radio"/>	BRAZO IZQUIERDO	Buena
				Estuporoso	<input type="radio"/>	PIERNA DERECHA	Buena
				Comatoso	<input type="radio"/>	PIERNA IZQUIERDA	Buena

ESCALA DE GLASGOW					
0 - --	<input type="radio"/>	1 - Ninguna	<input type="radio"/>	1 - Ninguna	<input type="radio"/>
1 - No Respuesta	<input type="radio"/>	2 - Sonido Incomprensible	<input type="radio"/>	2 - Extensión	<input type="radio"/>
2 - A Dolor	<input type="radio"/>	3 - Respuesta Inadecuada	<input type="radio"/>	3 - Flexión	<input type="radio"/>
3 - A Ordenes	<input type="radio"/>	4 - Confuso	<input type="radio"/>	4 - Retira a Estímulo	<input type="radio"/>
4 - Espontanea	<input type="radio"/>	5 - Orientado	<input type="radio"/>	5 - Localiza al Estímulo	<input type="radio"/>
				6 - Obedece	<input type="radio"/>

LISTADO DE CONTROLES NEUROLÓGICOS

FECHA	HORA	PUPILA DERECHA	PUPILA IZQUIERDA	CONCIENCIA	FUERZA				ESCALA DE GLASGOW	E.G.	USUARIO			
		TALLA	REACCIÓN	TALLA	REACCIÓN	B. DER.	B. IZQ.	P. DER.	P. IZQ.	A. OCULAR	R. VERBAL	R. MOTORA		
HOY	12:11	--	N	--	N	B	B	B	B	4	5	6	ELIMINAR	ELIMINAR

Figura 84 – Control Neurológico Guardado.

Para Eliminar el Control Neurológico se da clic en

10.3 LISTA DE CHEQUEO CESAREA/POS-PARTO.

Al dar clic en **Lista de Chequeo Pos-parto Cesárea** permite registrar la información de la paciente que haya tenido un parto normal por cesárea, para lo cual se evalúan los ítem de contracción uterina, perdida de volumen sanguíneo, perfusión, presión arterial Sistólica, pulso, sensorio cada 15 minutos presentando un valor total y de acuerdo a ese valor muestra una clasificación del riesgo

paciente marcado por un color (Compensado = azul, Leve = verde, Severo = Rojo), coloca la observación y da clic en **Guardar**. Figura 85





LISTA DE CHEQUEO POS-PARTO CESÁREA									
TIPO		HORA							
CESAREA <input type="radio"/> PARTO <input type="radio"/>		<input type="text" value="00"/> : <input type="text" value="00"/>							
AREA	ITEM	15 MIN	30 MIN	45 MIN	60 MIN	75 MIN	90 MIN	100 MIN	120 MIN
CONTRACCION UTERINA	UTERO CONTRAIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	UTERO FLACIDO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PERDIDA DE VOLUMEN SANGUINEO	1000- 1500 ML (15-25%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1500- 2000 ML (25-35%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	> 2000 ML (>35%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	500 - 1000 ML (10-15%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PERFUSION	NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	PALIDEZ - FRIALDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	PALIDEZ, FRIALDAD, SUDORACION Y LLENADO CAPILAR > 3 SEG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	PALIDEZ - FRIALDAD Y SUDORACION	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	70-79 MMHG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<70 MMHG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	80-90 MMHG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PULSO	>90 MMHG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	101-120 LPM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	> 120 LPM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	60-90 LPM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SENSORIO	91-100 LPM	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	AGITADA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	LETARGICA O INCONSCIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO		--	--	--	--	--	--	--	--
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA LISTA DE CHEQUEO		--	--	--	--	--	--	--	--
OBSERVACION <input type="text"/>									
DESCRIPCION	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO					COLOR		
COMPENSADO	0	0							
LEVE	1	7							
SEVERO	8	21							

Figura 85 – Lista de Chequeo Pos-parto Cesárea.

La información de la lista de chequeo Pos Parto Cesárea  es almacenada y se activa el botón Imprimir Reporte para visualizar la información registrada. Figura 86.

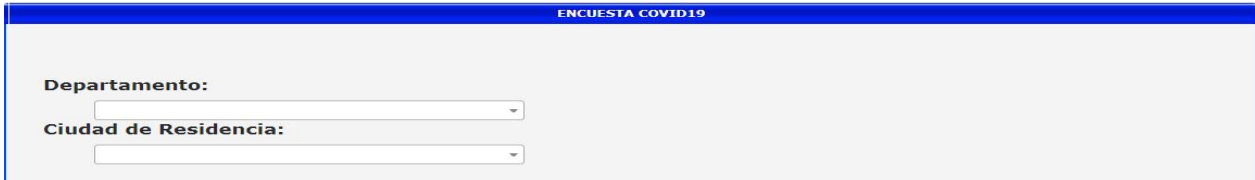
LISTA DE CHEQUEO PACIENTE POST PARTO / CESAREA INMEDIATO										
TIPO	NOMBRE COMPLETO	HC								
PARTO	PACIENTE PRUEBAS GINECO	CC - 31178733								
AREA	ITEM	15 MIN	30 MIN	45 MIN	60 MIN	75 MIN	90 MIN	105 MIN	120 MIN	
CONTRACCION UTERINA	UTERO CONTRAIDO	0	-	-	-	-	-	-	-	
	UTERO FLACIDO	-	-	-	-	-	-	-	-	
PERDIDA DE VOLUMEN SANGUINEO	1000- 1500 ML (15-25%)	1	-	-	-	-	-	-	-	
	1500- 2000 ML (25-35%)	-	-	-	-	-	-	-	-	
	> 2000 ML (>35%)	-	-	-	-	-	-	-	-	
	500 - 1000 ML (10-15%)	-	-	-	-	-	-	-	-	
PERFUSION	NORMAL	0	-	-	-	-	-	-	-	
	PALIDEZ - FRALDAD	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PALIDEZ, FRALDAD, SUDORACION Y LLENADO CAPILAR > 3 SEG	-	-	-	-	-	-	-	-	
	PALIDEZ - FRALDAD Y SUDORACION	-	-	-	-	-	-	-	-	
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	70-79 MMHG	2	-	-	-	-	-	-	-	
	>70 MMHG	-	-	-	-	-	-	-	-	
	80-90 MMHG	-	-	-	-	-	-	-	-	
	>90 MMHG	-	-	-	-	-	-	-	-	
PULSO	101-120 LPM	2	-	-	-	-	-	-	-	
	> 120 LPM	-	-	-	-	-	-	-	-	
	90-99 LPM	-	-	-	-	-	-	-	-	
	91-100 LPM	-	-	-	-	-	-	-	-	
SENSORIO	AGITADA	-	-	-	-	-	-	-	-	
	LETARGICA O INCONSCIENTE	-	-	-	-	-	-	-	-	
	NORMAL	0	-	-	-	-	-	-	-	
	NORMAL Y/O AGITADA	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL		5	0	0	0	0	0	0	0	
CLASIFICACION DEL RIESGO		LEVE	-	-	-	-	-	-	-	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA LISTA DE CHEQUEO		JEFE DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION								
FECHA		2020-09-25 06:54								
OBSERVACION										
prueba										
DESCRIPCION	PUNTAJE MINIMO	PUNTAJE MAXIMO								
COMPENSADO	0	0								
LEVE	1	7								
SEVERO	8	21								

Figura 86 – Reporte de Chequeo Pos - Parto Cesárea.

10.4 ENCUESTA COVID19.

Al dar clic en Seguridad del paciente **Encuesta Covid19** permite registrar la información de la encuesta del paciente y da clic en Registrar Encuesta. Figura 87

Se registra departamento y ciudad de residencia.

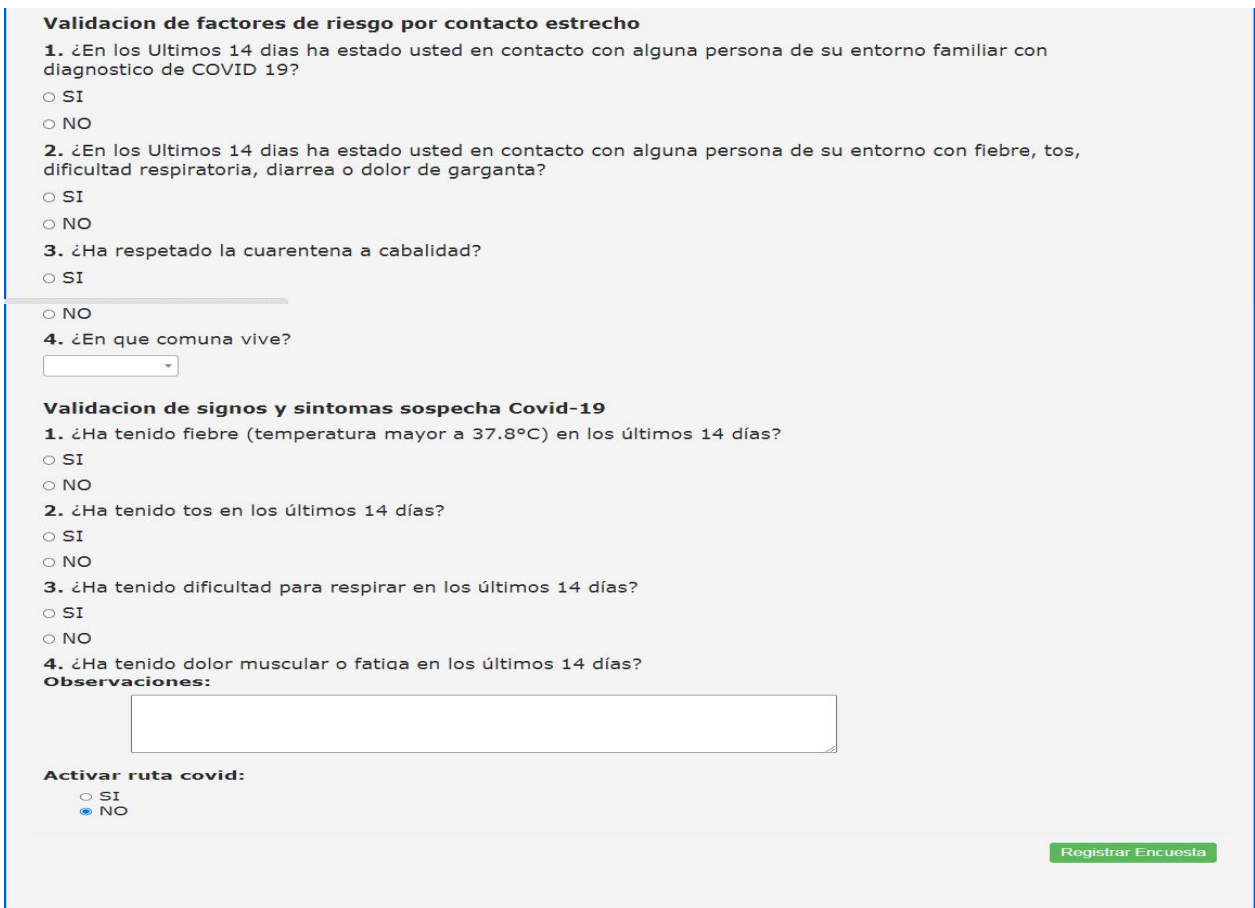


ENCUESTA COVID19

Departamento:

Ciudad de Residencia:

Continúa con el registro de la Encuesta va asignado los puntajes y da clic en **Registrar Encuesta**.



Validación de factores de riesgo por contacto estrecho

1. ¿En los Últimos 14 días ha estado usted en contacto con alguna persona de su entorno familiar con diagnóstico de COVID 19?

SI
 NO

2. ¿En los Últimos 14 días ha estado usted en contacto con alguna persona de su entorno con fiebre, tos, dificultad respiratoria, diarrea o dolor de garganta?

SI
 NO

3. ¿Ha respetado la cuarentena a cabalidad?

SI
 NO

4. ¿En que comuna vive?

Validación de signos y síntomas sospecha Covid-19

1. ¿Ha tenido fiebre (temperatura mayor a 37.8°C) en los últimos 14 días?

SI
 NO

2. ¿Ha tenido tos en los últimos 14 días?

SI
 NO

3. ¿Ha tenido dificultad para respirar en los últimos 14 días?

SI
 NO

4. ¿Ha tenido dolor muscular o fatiga en los últimos 14 días?

Observaciones:

Activar ruta covid:

SI
 NO

[Registrar Encuesta](#)

Figura 87 – Encuesta Covid19.

De acuerdo a la respuesta se genera el Resultado de la Encuesta Covid19. Figura 88

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
Acuda a consulta con el médico	6 - 11
Llame a los servicios para realizar detección para SARS-COV2 (COVID19)	12 o más
Puntaje Total : 10	

Figura 88 – Puntaje Covid19

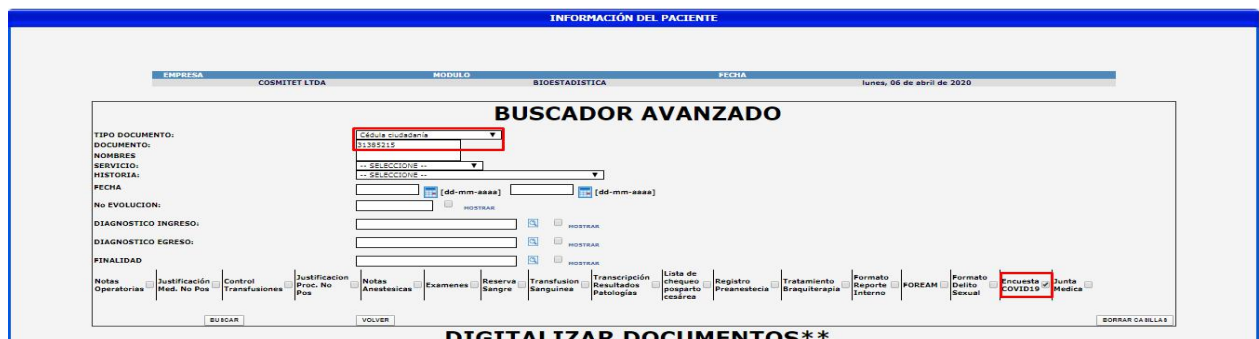
Muestra el mensaje de Confirmación de la Encuesta



Para imprimir la Encuesta Covid19 debemos ir al módulo Bioestadística.



Se realiza la consulta por medio de los Filtros y Clic en **Buscar**.



10.5. 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 89



Signos	Escala	Medición	Puntaje
RR	12	Respiración	3
SaO2	92		3
FIO2	21	%	0
Temperatura	37	°C	3
FR	12	Respir.	2
FC	72	Lat.	3
Conciencia/NOVEL	Alerta		0

Y en la parte inferior se encuentra la Escala de Resultados y Clic en **Guardar**.

Escala de Resultados		
Puntaje NEWS2	Signos Clínicos	Respuesta
0 - 4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería
5 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 89 – Escala de Alerta Temprana News2.



La información de la Escala es almacenada y para ver el **Historial** Clic en **HISTORIAL** y clic en **Ver Resultado**. Figura 90

ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2					
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL			
No. Resultado	Evolucion	Usuario	Fecha	Puntaje	Ver
5	6284306	HEDCOO DE PRUEBA UNIDAD RENAL	2020-07-23 03:07	15	Ver Resultado

Figura 90 – Historial de Escala de Alerta Temprana News.

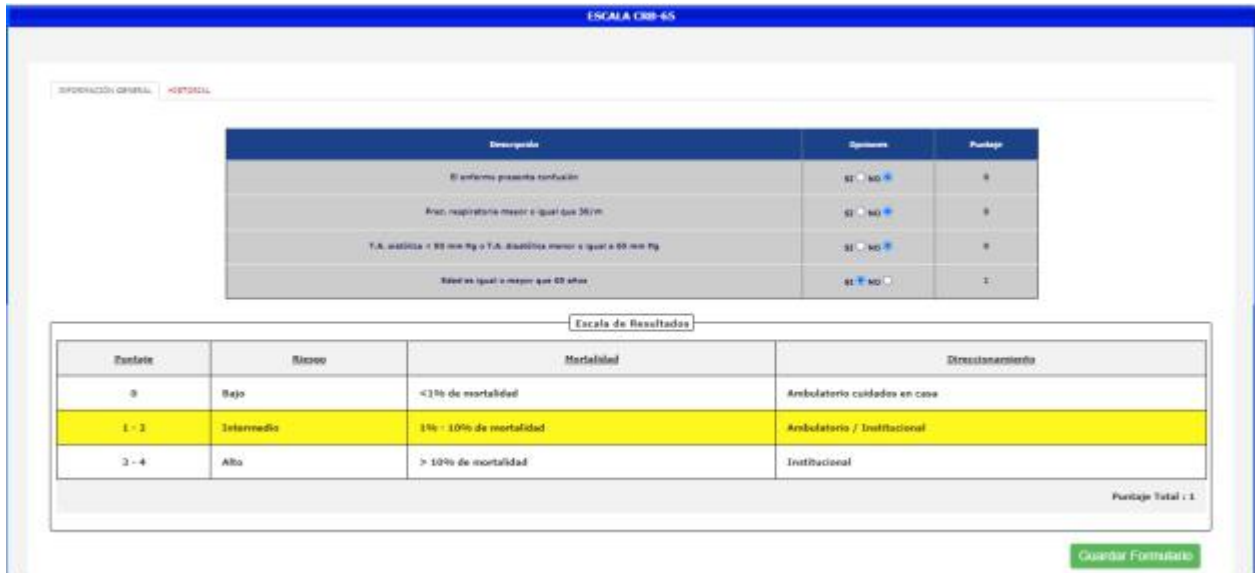
Resultado Escala Alerta Temprana NEWS2 No. 5			
Nombre	Escala	Medición	Puntaje
FR	20	resp/min	3
SpO2	10		3
PCO2	10	%	0
Temperatura	20	C	3
PR	20	mmHg	3
FC	10	lpm	3
Conciencia/ACVD1	Alerta		0

Escala de Resultados		
Puntaje NEWS2	Riesgo Clínico	Requisito
0 - 4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería
5 en cualquier parámetro	Punto de corte	Límite para respuesta urgente
5 - 6	Medio	Respuesta urgente
7 o más	Alto	Respuesta crítica

Puntaje Total: 15

10.6. 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 91



Descripción	Respuesta	Puntaje
El enfermo presenta confusión	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	0
Frec. respiratoria mayor e igual que 30/m	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	0
T.A. sistólica > 90 mm Hg o T.A. diastólica menor e igual a 60 mm Hg	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	0
Edad es igual o mayor que 65 años	SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/>	1

Estado	Riesgo	Mortalidad	Direccionamiento
0	Bajo	<3% de mortalidad	Ambulatorio cuidado en casa
1 - 3	Intermedio	3% - 10% de mortalidad	Ambulatorio / Institucional
3 - 4	Alto	> 10% de mortalidad	Institucional

Puntaje Total : 1

[Guardar Formulario](#)

Figura 91 – Escala CRB-65.



ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR LA ESCALA CRB-65

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 92

ESCALA CRB-65

IMPRESIÓN GENERAL **HISTORIAL**

No. Resultado	Exclusion	Usuario	Fecha	Ver
6	600608	MEDECO DE PRIMERA UNIDAD RENAL	2020-07-30 07:07	Ver Resultado
5	600608	MEDECO DE PRIMERA UNIDAD RENAL	2020-07-30 07:07	Ver Resultado

Figura 92 – 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% - 30% de mortalidad	Ambulatorio / Institucional
3 - 4	Alto	> 30% de mortalidad	Institucional

Puntaje Total : 1

10.7. 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 93



Organos	Escala	Puntaje
Respiratorio	Puntaje igual a 480 x F _v / Volumen	0
Circulatorio	MAP > 60 - 150	1
Cardiaca	Puntaje igual a 100 - 1000	2
Glucosa	OGC 13-14	3
Hepático (B)	B = 1,2	4
Renal	D = 1,2	5
		Puntaje Total 12

Guardar Formulario

Figura 93 – Escala SOFA.




 ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR LA ESCALA SOFA?


 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 94

ESCALA SOFA

INFORMACIÓN GENERAL **HISTORIAL**

No. Resultado	Evaluación	Usuario	Fecha	Ver
4	4/30/2019	MEDICO DE PRUEBAS LINEAS RENAL	2019-07-31 08:07:34	Ver Resultado

Figura 94 – Historial Escala SOFA.

Resultado Escala SOFA No. 4

Descripción	Opciones	Puntaje
Respiratorio	Pafi mayor o igual a 400 +/- V.Mecanica	0
Coagulación	Ptaq 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
Puntaje Total :2		

10. DEFINIR CONDUCTA DEL PACIENTE

El profesional debe dar clic en **Cerrar**.



DUSOFT MEDICAL

COSMITET LTDA

Miércoles, 01 de Abril de 2020

Medico de Pruebas Dusoft

PACIENTE DE PRUEBAS Edad: 34 años, 0 meses, 14 días. **CONSULTA HC EMPRESAS:**

Responsable: COOMEVA EPS - URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019

MENU

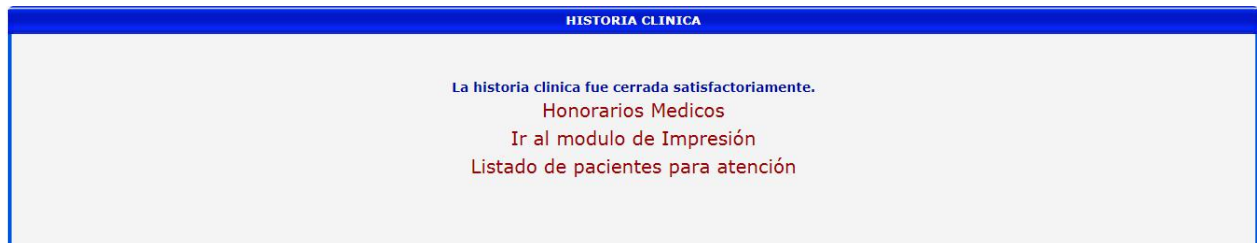
VOLVER **CERRAR**

Se defina la Conducta y clic en Continuar. Figura 95



Figura 95 – 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 96

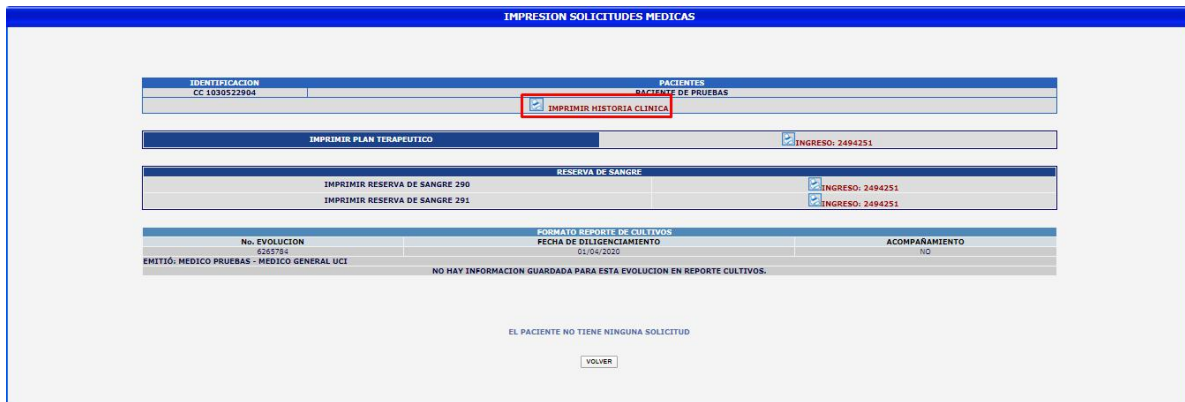
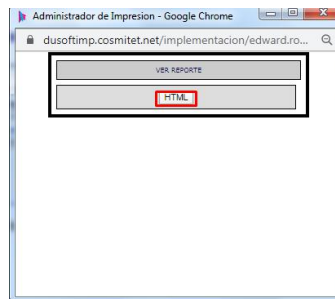


Figura 96 – Impresión Historia Clínica

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

PACIENTE: PACIENTE DE PRUEBAS		IDENTIFICACION: CC 1030522904		HC: 1030522904 - CC	
POBLACION VULNERABLE:		PERTENENCIA ETNICA:			
FECHA DE NACIMIENTO: 18/3/1986		EDAD: 34 Años		SEXO: F	
RESIDENCIA: B/TURA		VALLE DEL CAUCA-CALI		TELEFONO: NA	
OCUPACION: RECEPCIONISTAS Y EMPLEADOS DE INFORMACIONES					
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE: carlos suarez		PARENTESCO: Otro		TELEFONO: 23232333	
NOMBRE ACOMPAÑANTE: CARLOS SUAREZ		PARENTESCO: Otro		TELEFONO: 23232333	
FECHA INGRESO: 12/3/2020 - 09:14:27		FECHA EGRESO: -		CAMA:	
DEPARTAMENTO: 060606 - URGENCIAS - REY DAVID		SERVICIO: URGENCIAS			
PLAN: URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019					
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)					
Imprimir: Medico de Pruebas Dusoft - medico.urgepruebas				Fecha Impresión: 2020/4/1 - 11:50:43	

HOJA TRIAGE
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE URGENCIAS - REY DAVID

Clasificación:	Nivel 1 ROJO	Fecha:	12/03/2020 09:18					
Causas Probables:								
Motivo Consulta:	Enfermedad general Prueba							
Signos Vitales:	F.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							
Diagnostico:	CODIGO		DESCRIPCION					
			prueba para elaboración de manuales					

Profesional: LUIS CERON
CC.79162626 T.P. 19302299

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 97

ESTACION DE ENFERMERIA : URGENCIAS CONSULTA

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

***ST* REGISTRO DE LLAMADAS A ESPECIALISTA**

PACIENTES EN CONSULTA DE URGENCIAS												DPD	ENA	ENT	ESR	EAF	TCL
NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PRIORL.	TIEMPO HOSP.	SEÑOS VITALES	MED. PACIENTES	ORDEN SERVICIOS	SABANA	IMP	IMAGENES	PROFESIONALES ATENCION							
C PACIENTE DE PRUEBAS	34 Años		23:08	GV	MP	OS	SE			MEDICO PRUEBAS	0	1	1	0	0	2	

<p>Exiz/Vomenes no Autorizados ENA: 1</p> <p>Exiz/Vomenes no Tomados ENT: 1</p> <p>Exiz/Vomenes sin Resultados ESR: 1</p> <p>Exiz/Vomenes no Autorizados ENA pacientes que llevan mas de 1 hora en Urgencias Consultas: 0</p> <p>Documentos pendientes por digitalizar DPD: 7</p> <p>Tiempo de cumplimiento de ordenes medicas TCL: 0</p>	<p>Total</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>7</p> <p>0</p> <p>17</p>
---	---

<p>Realizar Suministros x Enferm</p> <p>Realizar Solicitudes de Suministros x Estacion</p> <p>Confirmar Solicitudes de Suministro x Estacion</p>	<p>Controles de Pacientes</p> <p>Dietas</p> <p>Liquidos</p> <p>Kardex</p> <p>Ingresos Y Cargas de Insumos</p> <p>Salones y Autorizaciones</p> <p>Cargar Insumos (Cuenta Paciente)</p> <p>Impresion Ordenes Medicas</p>	<p>Estadísticas EE.</p> <p>Reporte de Pacientes EE</p> <p>Pacientes Hospitalizados EE. (0)</p> <p>Pacientes X Ingresar EE. (0)</p> <p>Pacientes en consulta EE. (7)</p> <p>Pacientes X Egresar EE. (0)</p>
---	--	---

Seleccionar Estacion - Refrescar

Figura 97 – Panel de Enfermería