



MANUAL DE USUARIO

DUSOFT

MÓDULO

HISTORIA CLINICA DE CIRUGIA

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

Fecha	Versión	Descripción del Cambio	Aprobó
18-04-2020	01	Creación	Ing. York Larry Sanchez Cuero

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
TABLA DE FIGURAS	7
OBJETIVO	11
ALCANCE	12
1. AUTENTICACION DE USUARIO	13
2. ATENCION DE PACIENTE EN CIRUGIA.....	15
3. HISTORIA CLINICA.....	26
3.1 OCUPACION PACIENTE.....	26
3.2 MOTIVO DE INGRESO - EA.....	27
3.3 ANTECEDENTES	28
3.4 ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS	30
3.5 EXAMEN FISICO	31
3.6 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	33
3.7 INDICE DE TRAUMA REVISADO ITR.....	34
3.8 TRANSFUSIONES SANGUINEAS	35
3.9 FINALIDAD ATENCION.....	38
3.10 ORIGEN DE LA ATENCION	38
3.11 SIGNOS VITALES GENERALES	39
3.12 SOLICITUDES PENDIENTES.....	40
3.13 DELITO SEXUAL.....	41
4. ORDENES MÉDICAS	51
4.1 CONTROLES PACIENTES.....	51
4.2 FORMULACIÓN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS.....	53
4.2.1 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS POS.....	53

4.2.2 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS.....	54
4.3 SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS	60
4.4 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	63
4.5 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS.....	70
4.6 SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE.....	72
4.7 CONSOLIDADO DE ÓRDENES MEDICAS – PLAN TERAPEUTICO.	74
4.8 QUIMIOTERAPIA.....	74
5. EVOLUCION	77
5.1 EVOLUCION	77
5.2 LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS.....	78
5.3 CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	81
5.4 REGISTRO DE MARCAPASOS	83
5.5 NOTAS DE ENFERMERIA.	84
5.6 INFORMACIÓN DE CANCER.....	84
6. EGRESO.....	86
6.1. DIAGNOSTICO DE EGRESO RIPS.....	86
6.2 PROFESIONAL TRATANTE.	88
6.3 FORMULA AMBULATORIA.	89
6.3.1 FORMULACION DEMEDCIAMENTOS.	89
6.3.2 FORMULACION DE INSUMOS.....	91
6.4 GENERACION DE LA INCAPACIDAD.....	92
6.5 EPICRISIS.....	94
6.5.1 MOTIVO DE CONSULTA.....	95
6.5.2 ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL.....	95
6.5.3 ANTECEDENTES PERSONALES.....	96
6.5.4 EXAMEN FÍSICO.	96
6.5.5 APOYOS DIAGNÓSTICOS.....	97

6.5.6 DIAGNOSTICO DE INGRESO.....	97
6.5.7 DATOS DE LA EVOLUCIÓN.....	98
6.5.8 MEDICAMENTOS.....	98
6.5.9 SIGNOS DE ALARMA.....	99
6.5.10 SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES.....	99
6.5.11 SE DA CITA MEDICA PARA CONTROL.....	100
6.5.12 SE ENTREGA Y EXPLICA FORMULACIÓN MEDICA.....	100
6.5.13 SE REMITE A SU ASEGURADOR PARA FORMULACIÓN MEDICA.....	101
6.5.14 PLAN DE SEGUIMIENTO.....	101
6.5.15 DIAGNOSTICO DE EGRESO.....	101
6.5.16 CAUSA DE SALIDA.....	101
7. TERAPIAS DE REHABILITACION.....	103
7.1 TERAPIAS DE RECUPERACIÓN.....	103
7.2 TEST DE CAMINATA.....	103
8. UNIDAD RENAL.....	104
8.1 PROCEDIMIENTOS.....	104
9. CIRUGIA PROCEDIMIENTOS.....	105
9.1 NOTAS OPERATORIAS.....	105
9.2 HALLAZGOS QUIRÚRGICOS.....	107
9.3 DESCRIPCIÓN OPERACIÓN.....	107
10. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.....	108
11. ANESTESIOLOGIA.....	108
12.ECOCARDIOGRAMAS.....	113
12.1 TRANSESOFAGICO.....	113
12.2. TRANSTORACICO.....	116
12.3. ECOCARDIOGRAMA STRESSDOBUTAN.....	119
12.4. ECOCARDIOGRAMA STRESSEJERCICIO.....	121



13. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....124
13.1. ENCUESTA COVID19.....124
14. DEFINIR CONDUCTA DEL PACIENTE.....127

TABLA DE FIGURAS

Figura 1 - Autenticación de usuario.....	13
Figura 2 - Autenticación Correcta.....	15
Figura 3 - Atención de Pacientes.....	15
Figura 4 – Estación de enfermería Cirugía.....	16
Figura 5 – Estación de Enfermería: Cirugía.....	16
Figura 6 – Menú Información del paciente.....	19
Figura 7 – Menú Historia Clínica.....	26
Figura 8 – Ocupación Paciente.....	26
Figura 9 – Motivo de Ingreso - EA.....	28
Figura 10 – Antecedentes Personales.....	29
Figura 11 – Antecedentes Ginecobstetricos.....	30
Figura 12 – Examen Físico.....	32
Figura 13 – Diagnostico de ingreso.....	33
Figura 14 – Índice del Trauma Revisado ITR.....	35
Figura 15 – Transfusiones Sanguíneas.....	36
Figura 16 – Finalidad Atención.....	38
Figura 17 – Origen Atención.....	38
Figura 18- Signos Vitales Generales.....	39
Figura 19 – Origen Atención.....	41
Figura 20 – Delito Sexual.....	41

Figura 21– Menu Ordenes Medicas.	51
Figura 22 – Adicionar controles del paciente	52
Figura 23 – Adicionar Terapia del paciente.....	52
Figura 24 – Buscar Medicamento	54
Figura 25 – Solicitar Medicamento	54
Figura 26 – MiPres.	56
Figura 27 – Plan de Medicamentos.....	57
Figura 28 Solicitud de Apoyos Diagnósticos.....	61
Figura 29 - Solicitar de Procedimiento Quirúrgico.....	64
Figura 30 - Solicitar Apoyos Diagnósticos Para el Procedimiento.....	65
Figura 31 - Solicitar Material de Osteosíntesis, Tejidos y Órganos.....	65
Figura 32 - Solicitud de Equipos Quirúrgicos.....	66
Figura 33 - Solicitud de Componentes Sanguíneos.	66
Figura 34 - Formato de Tarjeta de Presentación.....	67
Figura 35 - Formato declaración de Conocimiento y Aceptación de Intervenciones Sala de Cirugía.....	67
Figura 36 - Consentimiento Informado Para Consentimiento Anestésico.....	68
Figura 37 - Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos.	71
Figura 38 - Solicitud de Reserva de Sangre.	72
Figura 39 - Consolidado de Ordenes Medicas - Plan Terapéutico.....	74
Figura 40 - Quimioterapia.....	75
Figura 41 - Menu Evolución.....	77
Figura 42 - Evolución	78
Figura 43 - Lectura de Apoyos Diagnósticos	78

Figura 44 - Realizar interpretación Medica.....	79
Figura 45 - Interpretación Medica Grupal.....	80
Figura 46 - Consultar Resultados.	81
Figura 47 - Cumplimiento a Procedimientos Realizados.	82
Figura 48 - Registro de Marcapaso.	83
Figura 49 - Notas de Enfermería.....	84
Figura 50 - Información de Cancer.	84
Figura 51 - Menu Egreso.....	86
Figura 52 - Diagnostico de Egreso Rips.	87
Figura 53 - Profesional Tratante.	88
Figura 54 - Formulación Ambulatoria.	89
Figura 55 – Generación de la Incapacidad.	92
Figura 56 – Opciones de la Incapacidad.	93
Figura 57 – Menu Terapias de Rehabilitación.	103
Figura 58 – Terapias de Recuperación.....	103
Figura 59 – Test de Caminata.	103
Figura 60 – Unidad Renal	104
Figura 61 – Procedimientos.....	104
Figura 62 – Cirugía Procedimientos.....	105
Figura 66 – Nota Operatoria.....	107
Figura 63 – Hallazgos Quirúrgicos.	107
Figura 64 – Descripción Operación.....	108
Figura 65 – Consentimientos Informados.....	108
Figura 66 – Evaluación Preanestesica.....	112

Figura 67 – Menu Eco cardiogramas.....	113
Figura 68 – Transesofagico	115
Figura 69 – Transtoracico.	118
Figura 70 – EcoCardiograma StressDobutan	120
Figura 71 – EcoCardiograma StressEjercicio.....	123
Figura 72 – Encuesta Covid19	125
Figura 73 – Definir Conducta Medica.....	127
Figura 74 – Impresión Historia Clínica	128
Figura 75 – Panel de Enfermería.....	129

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 DE HOSPITALIZACION.

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**



The screenshot shows a web interface for changing a password. At the top, it says "Sistema Integral de Información en Salud". Below that, a red error message reads "LA CONTRASEÑA NO COINCIDE CON LAS DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS". The main heading is "Cambio de Contraseña". There are two input fields: "Nueva Contraseña" (containing 8 dots) and "Confirmar Contraseña" (containing the text "Confirmar Contraseña"). A "Modificar Contraseña" button is below the fields. A horizontal line separates the form from a list of password requirements under the heading "DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS":

- 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.

At the bottom, there is a link labeled "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 PACIENTE EN CIRUGIA

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 estación de . Figura 4.



Figura 4 – Estación de enfermería Cirugía.

En la ventana **ESTACIÓN DE ENFERMERÍA DE CIRUGIA** se muestran todos los pacientes que se encuentran en Cirugía, se visualiza el estado de atención en que se encuentra el paciente.



I Orden de traslado.



Orden Internado en Sala de Cirugía.



Pendiente por ingresar al Quirófano



Orden Para Alta del Paciente.

En la pantalla de Estación de Cirugía se muestra. Figura 5

ESTACION DE ENFERMERIA : CIRUGIA REY DAVID												
Empresa	Centro Utilidad	Unidad Funcional	Departamento									
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	CIRUGIA - 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		
QX01	36 dias	JAJME LUCUMI	HC	MP	MP	EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				OS		
QX01	36 dias	CIRUGIA PACIENTE	HC	MP	MP	EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				OS		
PACIENTE(S) PENDIENTES POR INGRESAR AL QUIROFANO												
NOMBRE DEL PACIENTE			PLAN	ESTACION DE ORIGEN		OBSERVACIONES						
MYRIAM CUERO			PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)	HOSPITALIZACION 5 PISO ALA NORTE		Trasladado al Departamento de Cirugía desde la Estacion HOSPITALIZACION 5 PISO ALA NORTE						
ROSA ELENA USUGA			PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (POS-PAC-PIH)	HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE		Trasladado al Departamento de Cirugía desde la Estacion HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE						
EDISON ALFREDO ALBAN ANGULO			PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)	HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE		Trasladado al Departamento de Cirugía desde la Estacion HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE						

Figura 5 – Estación de enfermería: Cirugía

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

INFORMACION DEL PACIENTE	
RESPONSABLE	PARTICULARES
PLAN	PARTICULARES .2019
TIPO AFILIADO	Otro
PACIENTE	CIRUGIA PACIENTE
IDENTIFICACION	CC 974561234
HISTORIA CLINICA	
SEXO	M
FECHA NACIMIENTO	1970-03-03
DIRECCION RESIDENCIA	CL 23 CR 45 16 CAMBULOS. CALI, VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA
TELEFONO RESIDENCIA	2241678
TELEFONO CELULAR	3162547894
OBSERVACIONES	

REGRESAR

Qx: Quirófano en el cual se encuentra el paciente.

QX.
QX01

Tiempo Qx: Es el tiempo que lleva el paciente en Cirugía.

TIEMPO QX
2:26 horas
1:31 horas

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

CANASTA CIRUGIA	
 MP	
 MP	

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



ESTACION DE ENFERMERIA - URGENCIAS CONSULTA

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

HABITACION: CAHA. PACIENTE: IDENTIFICACION: CUENTA: 230021. INGRESO: 2297821

PLAN TERAPEUTICO | SOLICITUDES REALIZADAS

MEDICAMENTOS | INGRESOS

SIRINESTRO RAPIDO

MEDICAMENTOS & SOLUCIONES	OPCIONES
TRARADOL CLORHIDRATO 100mg/2ml SOLUCION INYECTABLE [CAJA X 1. VARIOS - (FOPDT200932 - POS) *Fecha de Formulación: Via de Administración: Dosis: 1 AMPOLLA (S) Dosis Unica Cantidad Diaria: 1 SOLUCION INYECTABLE por 100mg/2ml Cantidad Total Tratamiento(1.00 dias): 1 SOLUCION INYECTABLE por 100mg/2ml Observaciones: Ralid/gomas - FLEIDER LEUVANI GOMEZ CABRERA Farenaf: CANTIDADES CONFIRMADAS: 1 Unid. CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unid. CANTIDADES SURINISTRADAS: 1 Unid. CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unid. FALTANTE POR SURINISTRAR: 0 AMPOLLA(S)	Registro Administrativo Medicamentos Notas del Medicamento 2019-12-31 INTRAMUSCULAR
CLORURO DE SODIO 0.9% BOLSA X 1000ML SOLUCION INYECTABLE [CAJA X 1. VARIOS - (FOPSO040389 - POS) *Fecha de Formulación: Via de Administración: Dosis: 1 BOLSA (S) Dosis Unica Cantidad Diaria: 1 SOLUCION INYECTABLE por 0.9% BOLSA X 1000ML Cantidad Total Tratamiento(1.00 dias): 1 SOLUCION INYECTABLE por 0.9% BOLSA X 1000ML Observaciones: PASO 300ML DE BOLD Y DESARA 100 CC HORA Ralid/gomas - FLEIDER LEUVANI GOMEZ CABRERA Farenaf: CANTIDADES CONFIRMADAS: 1 Unid. CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unid. CANTIDADES SURINISTRADAS: 1 Unid. CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unid. FALTANTE POR SURINISTRAR: 0 BOLSA(S)	Registro Administrativo Medicamentos Notas del Medicamento 2019-12-31 INTRAVENOSA

SELECCION DE BODEGA: --SELECCIONE--

SURINESTRO RAPIDO

ESTACION DE ENFERMERIA - URGENCIAS CONSULTA

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

HABITACION: CAHA. PACIENTE: IDENTIFICACION: CUENTA: 230021. INGRESO: 2297821

PLAN TERAPEUTICO | SOLICITUDES REALIZADAS

MEDICAMENTOS | INGRESOS

EL PACIENTE NO TIENE MEDICAMENTOS SOLICITADOS

Terminar y Programar
 Continuar de Observar
 Continuar de Observar
 Agregar Insumos
 Agregar Insumos

Desochonar
 Desolución Insumos
 Desolución Medicamentos

ESTACION DE ENFERMERIA - URGENCIAS CONSULTA

VOLVER

El mensaje Informando que el paciente está en Cirugía por eso bloquea estas opciones.

SIGNOS VITALES	CTRL PROGRAMADOS	PROGR. APOYO	GLUCO METRIA	NEURO LOGICO
EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				
EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				

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



DETALLE SOLICITUDES - CENTRAL DE IMPRESION HOSPITALARIA


DATOS PACIENTE	
IDENTIFICACION: CC38874109	PACIENTE:

PLAN: PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)						
SERVICIO:	CIRUGIA	CARGO:	DEPARTAMENTO:	DESCRIPCION:	OBSERVACION	TIPO
15/05/2020 08:38:39	9994790	890480	CIRUGIA - REY DAVID	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOFEDIA Y TRIMATRILOGIA		1 Interconsultas
EL CARGO EQUIVALENTE 890480 DEL TARIFARIO 0002 REQUIERE AUTORIZACION INTERNA (GRUPO)						

ORDENES SERVICIO AUTORIZADAS

NUMERO DE ORDEN DE SERVICIO 6231528							
TIPO APELLADO:	Cotacama	RANGO:	VALLE	SEMANAS COT.:	0	SERVICIO:	CIRUGIA
AUT. INT.:	6732291	AUT. EXT.:		AUTORIZADOR:	RUTH MARITZA PEARANDA GOMEZ		
PLAN: PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA)							
ITEM	CANT.	CARGO	DESCRIPCION	PROVEEDOR			
8598572	1	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL	DPTO. IMAGENOLOGIA - REY DAVID			
CÓDIGO TARIFARIO			IMAGENOLOGIA	DESCRIPCION TARIFARIO			
CÓDIGO SURGRUPO TARIFARIO			IMAGENOLOGIA	DESCRIPCION SUBGRUPO TARIFARIO			
A3			RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	derecha			
OBSERVACIONES:							
ACTIVACION:		15/05/2020	VENC.:	11/11/2020	REFRENDAR	HASTA:	11/11/2020
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 6

ESTACION DE ENFERMERIA : CIRUGIA REY DAVID





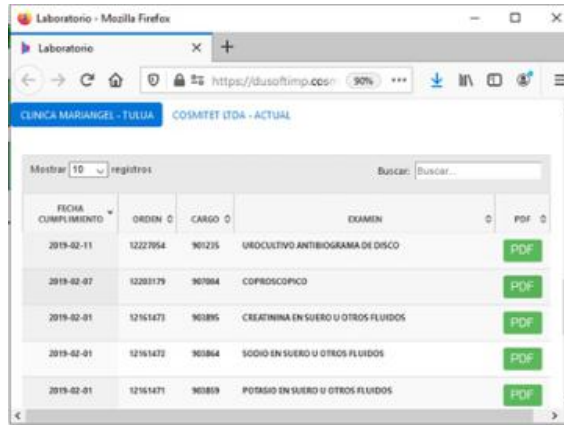
Empresa	COSMITET LTDA	Centro Unidad	COSMITET - CALI	Unidad Funcional	REY DAVID - CALI	Departamento	CIRUGIA - REY DAVID			
PACIENTES INTERNADOS EN LA ESTACION DE CIRUGIA										
QX.	TIEMPO QX	NOMBRE DEL PACIENTE	CANASTA CIRUGIA	MED. PACIENTES	SIGNOS VITALES	CTRL PROGRAMADOS	PROGR. APOYO	GLUCO METRIA	NEURO LÓGICO	ORDEN SERVICIOS
	QX01	39 dias JAIME LUCUMI				EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				
	QX01	39 dias CIRUGIA PACIENTE				EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA				

Figura 6 – Menú Información del paciente.

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

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

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



FECHA CUMPLIMIENTO	ORDEN	CARGO	EXAMEN	PDF
2019-02-11	12227954	901215	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA DE DISCO	PDF
2019-02-07	12203179	901064	COPROSCOPICO	PDF
2019-02-01	12161471	901895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	PDF
2019-02-01	12161472	901864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	PDF
2019-02-01	12161471	901819	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	PDF

Para Visualizar clic en PDF.




Laboratorio Clínico
VALLE DEL CAUCA - CALI



PACIENTE: HISTORIA: CC14872925 GÉNERO: MASCULINO EDAD: 70 Años
 TELÉFONO: SERVICIO: HOSPITALARIO EMPRESA: PROGRAMA MAGISTERIO REGION 2(VALLE-CAUCA) HABITACIÓN: 607R
 ORDEN NO.: 5223921 FECHA INGRESO: 2019-04-09 21:26:37 FECHA TOMADO: 2019-05-17 01:03
 MEDICO: MUNICIPIO: CALI

EXAMEN: 902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) METODO AUTOMATICO

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Validado en
GLOBULOS BLANCOS	8.68	X10 ⁹ /UL	4.5 - 11	2019-05-17 01:34:13
RECUENTO DE G. ROJOS	2.64	X10 ¹² /UL	4.5 - 6	2019-05-17 01:34:13
HEMOGLOBINA	7.40	g/dL	12 - 18	2019-05-17 01:34:13
HEMATOCRITO	22.90	%	36 - 52	2019-05-17 01:34:13
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.70	fL	80 - 99	2019-05-17 01:34:13
HB CORPUSCULAR MEDIA	28.00	pg	24 - 32	2019-05-17 01:34:13
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.30	g/dL	31 - 37	2019-05-17 01:34:13

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

Estática

Dinámica

MENU	
HISTORIA CLINICA	
ORDENES MEDICAS	
EVOLUCION	
EGRESO	
TERAPIAS DE REHABILITACION	
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	
ECCARDIOGRAMAS	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	
ADICIONALES	


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

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 CRONOLÓGICO DEL PACIENTE	
Ingreso No.:	2494164
Fecha de Ingreso:	2020-02-29
Departamento:	HOSPITALIZACIÓN - CRD
Evolutiv./n No.:	6265999 - 2020-03-08 - Profesional: LEIDY GAVIRIA - MEDICO GENERAL HOSPITALIZACION CRD
Evolutiv./n No.:	6265998 - 2020-05-08 - Profesional: Medico de Pruebas HC - MEDICO GENERAL
Evolutiv./n No.:	6265996 - 2020-05-07 - Profesional: ELIAS VIEDA SILVA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Evolutiv./n No.:	6265994 - 2020-05-07 - Profesional: SERGIO CAMILO CARVAJAL MANRIQUE - JEFE DE ENFERMERIA - UCI - CRD
Evolutiv./n No.:	6265993 - 2020-05-07 - Profesional: SERGIO CAMILO CARVAJAL MANRIQUE - JEFE DE ENFERMERIA - UCI - CRD
Evolutiv./n No.:	6265857 - 2020-04-16 - Profesional: MEDICO DE UCI - MEDICO GENERAL - UCI

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 ECCARDIOGRAMA 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
5768222	2019-12-30		RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR - 0	Sin Realizar	Desactivado para Lectura
	2019-12-30		HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA - 1	Sin Pagar	Realizar Interpretación Médica Desactivado para Lectura

Sabana de Enfermería: Permite consultar la sabana de enfermería. 

SABANA DE ENFERMERIA

FILTRO:
 FECHA: 27-01-2020 [84 items found]
 RECARGAR

CRONO


MONITOREO HEMODINAMICO											BALANCE DE LIQUIDOS															
Horas	PAAC	PAA	FC	TA	TA/TA	MAP	HR	PCOP	PO2	CO2	PO2	PCOP	PO2	PCOP	PO2	PCOP	PO2	PCOP	PO2	PCOP	TOTAL	DEBE	HA	DEBE	HA	
8																										
9																										
10																										
11																										

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

CIRUGIA PACIENTE Edad: 50 años, 2 meses, 15 días.
 Responsable: PARTICULARES - PARTICULARES .2019

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

DATOS PACIENTE	
TIPO DOCUMENTO:	CC
DOCUMENTO:	974561234
PRIMER NOMBRE:	CIRUGIA
SEGUNDO NOMBRE:	
PRIMER APELLIDO:	PACIENTE
SEGUNDO APELLIDO:	
FECHA NACIMIENTO:	1970-03-03
DIRECCION:	CL 23 CR 45 16 CAMBULOS
TELEFONO:	2241678
NOMBRE MADRE:	
OCUPACION:	TECNOLOGO
SEXO:	Masculino
CAUSA EXTERNA:	Otra
VIA INGRESO:	Urgencias

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

Se da clic en la empresa.

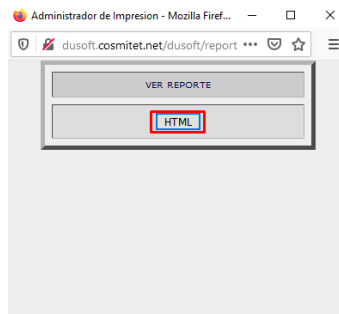
EMPRESAS

- UCI - DUMIAN PEREIRA
- CLINICA MEDICAL DUARTE ZF
- CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO - B/TURA
- COSHITET LTDA- ANTERIOR**
- CLINICA DEL CAFE - ARMENIA
- CLINICA MARIANGEL - TULUA
- CNS 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
- COSHITET LTDA - ACTUAL


Se da clic en el ingreso.

COSHITET LTDA- ANTERIOR						
Identificación		Datos Paciente		Estudios		HC Familiograma EpiRecop
Ingreso	Departamento	Profesional	Estudios		Servicio	Fecha
7459308	PYP - EL BOSQUE PYP - EL BOSQUE	MEDICO HOSPITALARIO	IMAGENES REY DAVID		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: 18/6/1953		EDAD: 62 Años		SEXO: F	
RESIDENCIA: VIA MONTIBELLO VEREDA MONTEALEGRE		VALLE DEL CAUCA-CALI		TIPO AFILIADO: Otro	
OCUPACION: AMA DE CASA				TELEFONO: 8924138	
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:		PARENTESCO:		TELEFONO:	
NOMBRE ACOMPAÑANTE:		PARENTESCO:		TELEFONO:	
FECHA INGRESO: 29/11/2017 - 07:24:12		FECHA EGRESO: 29/11/2017 - 08:47:39		CANA:	
DEPARTAMENTO: 028284 - PYP - EL BOSQUE		SERVICIO: AMBULATORIO			
PLAN: PERICOCALES Y FUERTOS PAC 2014					
ESTADO CIVIL: CASADO(A)					

Fecha Impresión: 2020/12/7 - 12:19:35

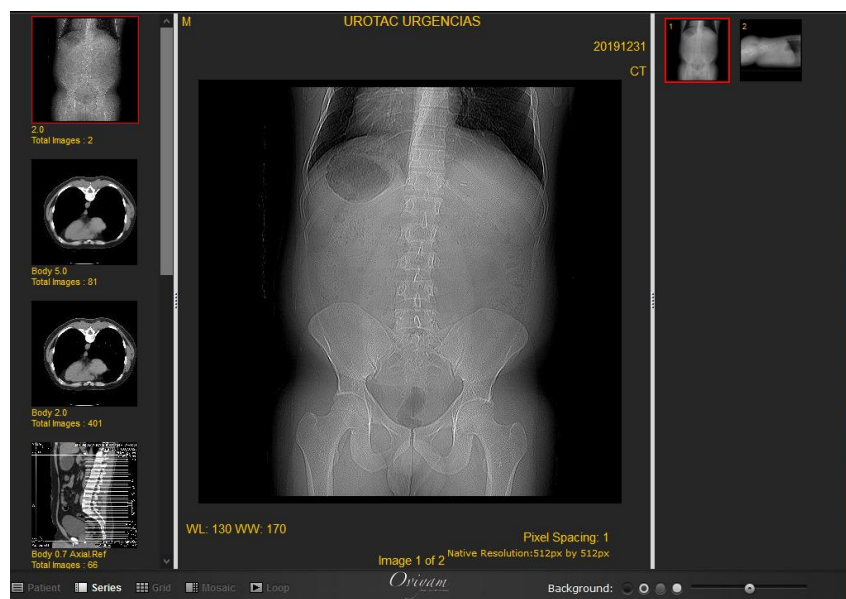
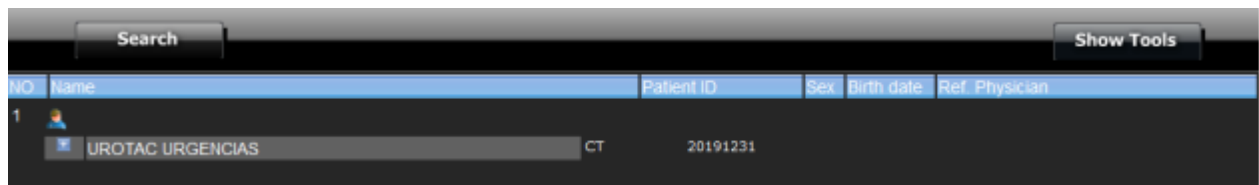
CODIGO		DIAGNOSTICO DE INGRESO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	ESTADO	OBSERVACION
2124		EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO UTERINO			

ANTECEDENTES PERSONALES		
ANTECEDENTES	OP	DETALLE
Actividad Física	SI	NO/A
	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 Fisiograma Epicrisis	IMPRESION HC ENTREGA PACIENTE
		IMAGENES REY DAVID		

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



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

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

Conducta Medica

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

OBSERVACIONES

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

CONTINUAR

HISTORIA CLINICA

La historia clinica fue cerrada satisfactoriamente.

Honorarios Medicos

Ir al modulo de Impresión

Listado de pacientes para atención

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

Historia Clínica	HISTORIA CLINICA
Ordenes médicas	ORDENES MEDICAS
Evolución	EVOLUCION
Egreso	EGRESO
Terapias de Rehabilitación	TERAPIAS DE REHABILITACION
Consentimientos informados	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
Ecocardiogramas	ECOCARDIOGRAMAS
Seguridad del Paciente	Encuesta COVID19

3. HISTORIA CLINICA

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

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

Figura 7 – Menú Historia Clínica

3.1 OCUPACION PACIENTE

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

OCUPACION DEL PACIENTE		
OCUPACION	OCUPACION PACIENTE	NOTA
		<input type="checkbox"/>
<small>INGRESO: 2297855 FECHA Y VIA DE INGRESO: (24 / 1 / 2020) - Urgencias</small>		

Figura 8 – Ocupación Paciente.

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

DESCRIPCION OCUPACION DEL PACIENTE

BUSQUEDA AVANZADA DE OCUPACIONES

CODIGO: OCUPACION:

RESULTADO DE LA BUSQUEDA

CODIGO	OCUPACION	OPCION
2421	ABOGADOS	<input type="radio"/>
5142	ACOMPAÑANTES Y AYUDAS DE CAMARA	<input type="radio"/>
2455	ACTORES Y DIRECTORES DE CINE, RADIO, TEATRO, TELEVISION Y AFINES	<input type="radio"/>
5152	ADIVINADORES, QUIROMANTICOS Y AFINES	<input type="radio"/>
3429	AGENTES COMERCIALES Y CORREDORES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES	<input type="radio"/>
3441	AGENTES DE ADUANA E INSPECTORES DE FRONTERAS	<input type="radio"/>
3411	AGENTES DE BOLSA, CAMBIO Y OTROS SERVICIOS FINANCIEROS	<input type="radio"/>
3421	AGENTES DE COMPARAS Y CONSIGNATARIOS	<input type="radio"/>
3449	AGENTES DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS DE ADUANAS, IMPUESTOS Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS EPIGRAFES	<input type="radio"/>
3412	AGENTES DE SEGUROS	<input type="radio"/>
3414	AGENTES DE VIAJES	<input type="radio"/>
3413	AGENTES INMOBILIARIOS	<input type="radio"/>
3423	AGENTES PUBLICOS Y PRIVADOS DE COLOCACION Y CONTRATISTAS DE MANO DE OBRA	<input type="radio"/>

Página: 1 de 5

DESCRIPCION OCUPACION

DESCRIPCION	
-------------	--

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

DESCRIPCION OCUPACION
AGENTES INMOBILIARIOS

DESCRIPCION	SI SE REQUIERE SE COLOCA
-------------	--------------------------

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

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

INGRESO: 2297655
FECHA Y VIA DE INGRESO: { 24 / 1 / 2020 } - Urgencias

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

3.2 MOTIVO DE INGRESO - EA

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

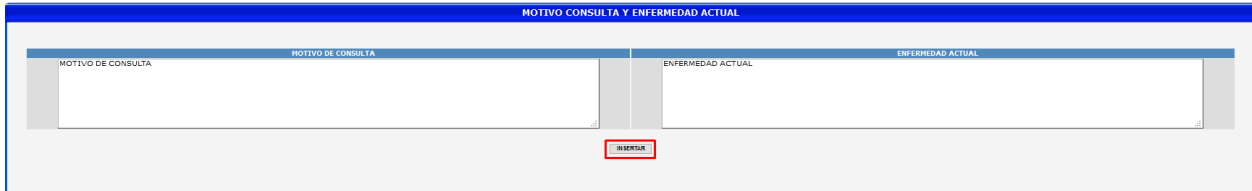
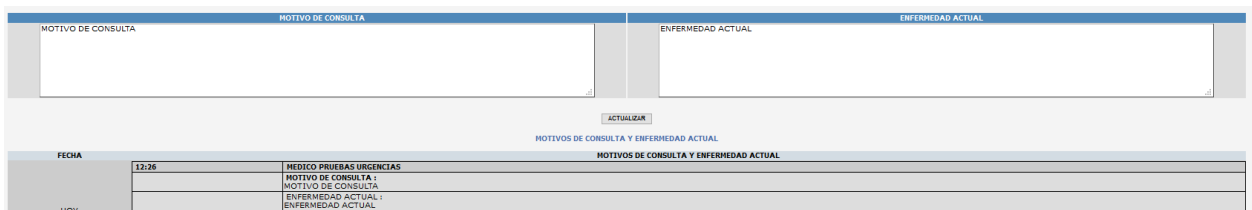


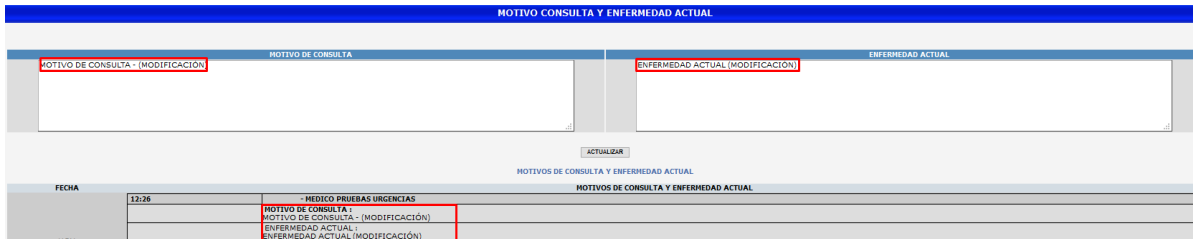
Figura 9 – Motivo de Ingreso - EA.

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



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

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



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

3.3 ANTECEDENTES

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

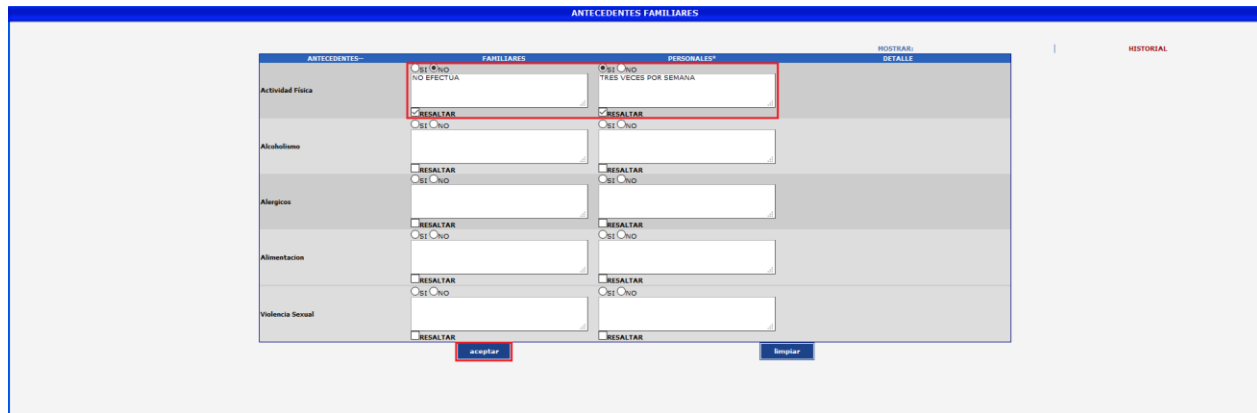
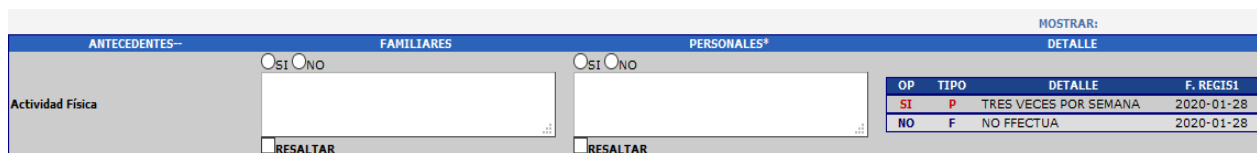


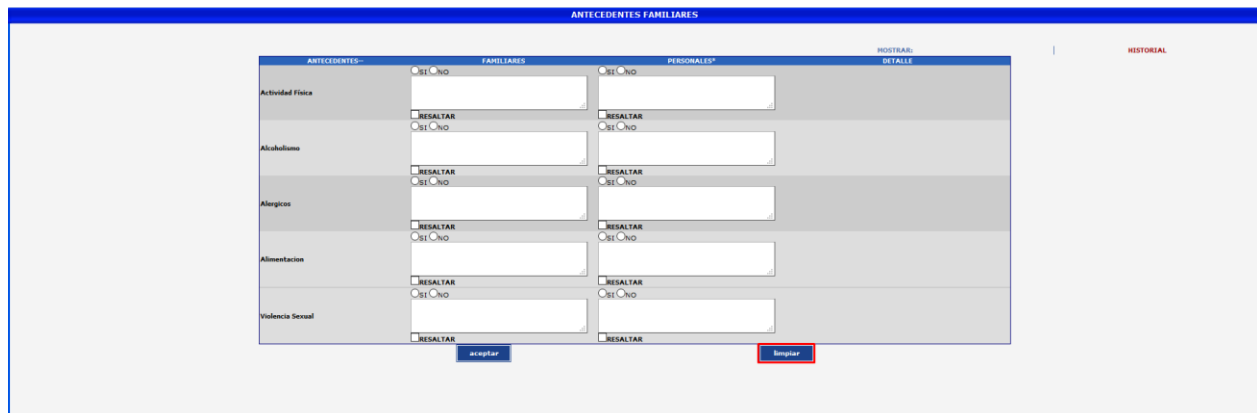
Figura 10 – Antecedentes Personales

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



OP	TIPO	DETALLE	F. REGISTRO
SI	P	TRES VECES POR SEMANA	2020-01-28
NO	F	NO EFECTUA	2020-01-28

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



Nota: Se debe registrar como mínimo un **Antecedente Familiar y Personal**.

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

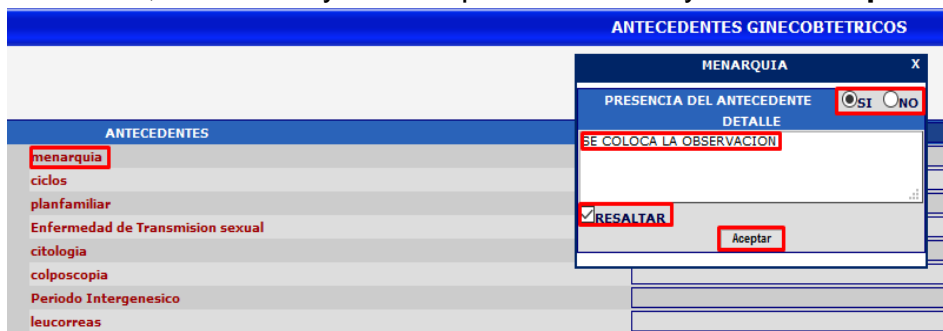
3.4 ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

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

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS		OP.	DETALLE	OCULTOS	TODOS	VISIBLES	OCULTOS
GINECOS	menarquia						
	ciclos						
	planfamiliar						
	Enfermedad de Transmision sexual						
	citologia						
	colposcopia						
	Periodo Intergenesico						
	leucorreas						
	Riia Infertilidad						
	Tos Recidivas						
	Ruptura prematura de membranas						
	Retardo en crecimiento intrauterino						
	Alimentio Pecho prematuro						
	Parto Prematuro						
	Genital						
	Malformaciones						
	patidromicos						
	Oligohidramnios						
	Emb. Prelogado						
	Amexas Aborto						
Fecha Última menstruación							
Fórmula Gestacional							
Útero							
Fecha ultimo parto							
Inicio Vida Sexual							
Número Compares Sexuales							
Embarazo Eclogico							
Aborto Malhar							
Nacido Inadecuado > 4500G							
Nacido Nacido < 2500 Gr							
HTA Inducida por embarazo							
Pre-eclampsia / Eclampsia							
Retención Placentaria							
Embarazo Múltiple							
Hemorragia / Ruptura Menstrual							
Trabajo parto prolongado o Difícil							
Antecedentes Obstétricos							
Riesgo Biológico							
Condiciones Asociadas							
Embarazo Actual							
Riesgo Preconcepcional							
Clasificación Riesgo Biológico							
Variables Trazadoras							
CONTROL PRENATAL							

Figura 11 – Antecedentes Ginecobstetricos.

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



Los **Antecedentes Ginecobstetricos** se puede observar:

MOSTRAR: TODOS | VISIBLES | OCULTOS

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

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

VISIBLES: Muestra los antecedentes no marcados como ocultos

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

OCULTOS: Muestra los antecedentes marcados como ocultos

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

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

DIAGNOSTICOS PARA LOS ANTECEDENTES permite relacionar un diagnostico a los antecedentes

DIAGNOSTICO ANTECEDENTES GINECOBITETRICOS

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO: BUSQUEDA

CODIGO	DIAGNOSTICO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	TIPO DX	FECHA:	OP
Y760	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS DE DIAGNOSTICO Y MONITOREO		<input checked="" type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	28-01-2020	<input checked="" type="checkbox"/>
Y761	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS TERAPEUTICOS (NO QUIRURGICOS) Y DE REHABILITACION		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Y762	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS PROTESICOS Y OTROS IMPLANTES, MATERIALES Y ACCESORIOS		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Y763	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, INSTRUMENTOS QUIRURGICOS, DISPOSITIVOS Y MATERIALES (INCLUSIVE SUTURAS)		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Y768	DISPOSITIVOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS ASOCIADOS CON INCIDENTES ADVERSOS, DISPOSITIVOS DIVERSOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>
Z314	EXAMEN GINECOLOGICO (GENERAL) (DE RUTINA)		<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR		<input type="checkbox"/>

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

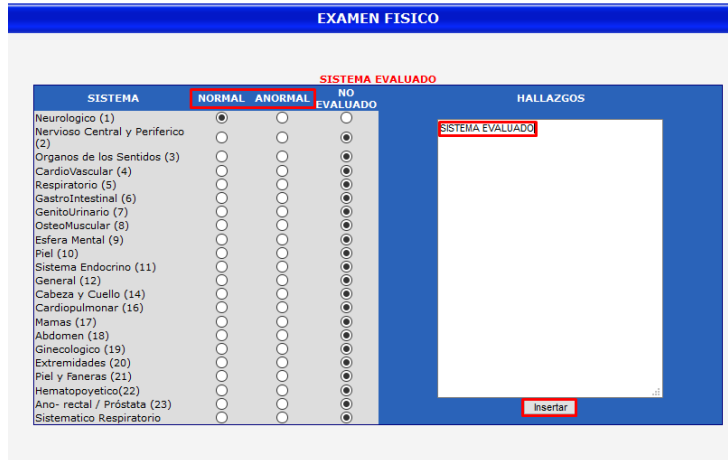
GUARDAR

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

3.5 EXAMEN FISICO

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

registrar como mínimo un Sistema con valoración Normal o Anormal y en el campo de texto Hallazgos debe escribir como mínimo 8 caracteres y dar clic en **Insertar**. Figura 12



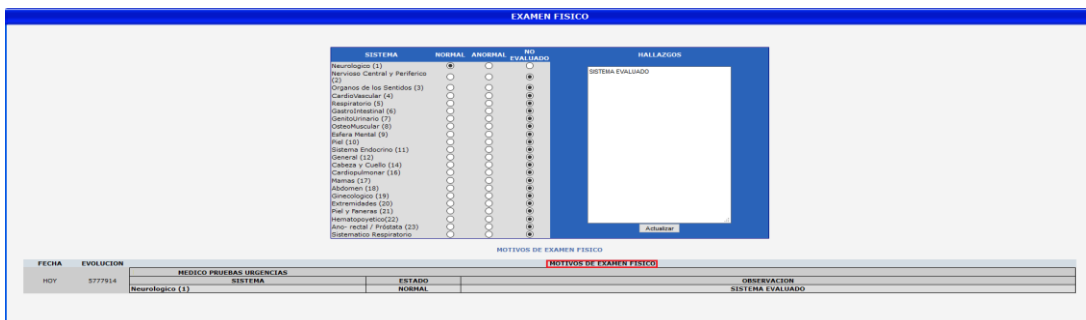
SISTEMA	SISTEMA EVALUADO			HALLAZGOS
	NORMAL	ANORMAL	NO EVALUADO	
Neurologico (1)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> <p>SISTEMA EVALUADO</p> </div>
Nervioso Central y Periferico (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Organos de los Sentidos (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CardioVascular (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiratorio (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
GastroIntestinal (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
GenitoUrinario (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
OsteoMuscular (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Esfera Mental (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistema Endocrino (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
General (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cabeza y Cuello (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiopulmonar (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mamas (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abdomen (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ginecologico (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremidades (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel y Faneras (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hematopoyetico(22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ano- rectal / Próstata (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistematico Respiratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Figura 12 – Examen Físico

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

Se ha guardado satisfactoriamente ¿DESEA SALIR DE ESTA PAGINA?

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



FECHA	EVOLUCION	HEMEDICO PRUEBAS URGENCIAS	ESTADO	OBSERVACION
NOY	377314	Neurologico (1)	NORMAL	SISTEMA EVALUADO

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

EXAMEN FISICO

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

MOTIVOS DE EXAMEN FISICO

FECHA	EVOLUCION	MEDICO	PRUEBAS URGENCIAS	SISTEMA	ESTADO	OBSERVACION
HOY	5777814			Respiratorio (5) Neurologico (1)	NORMAL NORMAL	OTRO SISTEMAS EVALUADO

3.6 IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

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

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

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

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

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

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

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	I20X	HIPERTENSION ESENCIAL (PREMARIA)			<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		CONFIRMADO REPETIDO			<input type="checkbox"/>

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO: BUSQUEDA

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DX	TIPO DX	OPCION
		PRINCIPAL/SECUNDARIO		
A778	OTRAS FIEBRES MACULOSAS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>
A529	OTRAS FIEBRES VIRALES ESPECIFICADAS TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>
A938	OTRAS FIEBRES VIRALES ESPECIFICADAS TRANSMITIDAS POR ARTRÓPODOS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>
A968	OTRAS FIEBRES HEMORRAGICAS POR ARENAVIRUS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>
A988	OTRAS FIEBRES HEMORRAGICAS VIRALES ESPECIFICADAS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>
S508	OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS	PRINCIPAL	<input checked="" type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>

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

GUARDAR

Figura 13 – Diagnóstico de ingreso

El diagnostico es registrado

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRIMARIO		TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	DIAGNOSTICO	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
			A778	OTRAS FIEBRES MACULOSAS				
			I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)				

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO: BUSQUEDA

El Diagnostico puede ser **Eliminado** o **Modificado** antes de cerrar la Historia Clínica.
Para **Eliminar** dar clic en 

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

PRIMARIO		TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS	DIAGNOSTICO	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
			I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)				

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO: BUSQUEDA

EL DIAGNOSTICO A778 FUE ELIMINADO SATISFACTORIAMENTE.

Para **Modificar** dar clic en **Nota**  Se registra al observación y dar clic en **Insertar**.


DIAGNOSTICOS DE INGRESO

CODIGO	NOMBRE
R508	OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS


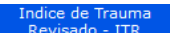
LA OBSERVACION

DESCRIPCION

INSERTAR VOLVER

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

3.7 INDICE DE TRAUMA REVISADO ITR

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

INDICE DE TRAUMA REVISADO - ITR

REGISTRO DE INDICES DE TRAUMAS REVISADOS 29/01/2020 [dd/mm/aaaa] 16 28

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

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

EL PACIENTE AUN NO PRESENTA INDICES DE TRAUMA

Figura 14 – Índice del Trauma Revisado ITR

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

INDICE DE TRAUMA REVISADO - ITR

REGISTRO DE INDICES DE TRAUMAS REVISADOS 29/01/2020 [dd/mm/aaaa] 16 28

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

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

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

3.8 TRANSFUSIONES SANGUINEAS

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

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

DATOS TRANSFUSIONES SANGUINEAS

DESCRIPCION		NUMERO DE IDENTIFICACION UNIDADES TRANSFUNDIDAS	
NUMERO DE SELLO NACIONAL DE CALIDAD:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NUMERO DE BOLSA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
COMPONENTE SANGUINEO:	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos		
FECHA DE VENCIMIENTO:	<input type="text" value="dd-mm-aaaa"/>		
TIPO SANGUINEO:	0 -		
ENTIDAD ORIGEN COMPONENTE:	<input type="text"/>		
FECHA Y HORA DE INICIO TRANSFUSION:	29-01-2020 <input type="text" value="dd-mm-aaaa"/> 16 : <input type="text" value="S2"/>		
<input type="button" value="GUARDAR"/>			

FECHA INICIO TRANSFUSION	BOLSA -ALICUOTA-	# SELLO CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPONENTE	BOLSAS TRANSFUNDIDAS		FECHA FINAL TRANSFUSION	REACCIONES ADVERSAS	USUARIO
HOY 16:38:00	1 - PRINCIPAL -	78	ene 29 de 2020	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	G.S.	RH	<input type="text" value="dd-mm-aaaa"/> 16 : <input type="text" value="S2"/>	<input type="button" value="INSERTAR"/>	Medico.Pruebas

Figura 15 – Transfusiones Sanguíneas.

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

FECHA FINAL TRANSFUSION

30-01-2020 13 :

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

EDICIÓN DE LA PLANTILLA

Ingresar G.S. y R.H.

ene 30 de 2020 11:11 BOLSAS # SELLO CALIDAD fecha 28 de 2020

DATOS REACCION TRANSFUSIONAL	
FECHA INICIO REACCION	30-01-2020 <input type="text" value="dd-mm-aaaa"/>
FECHA SUSPENSION TRANSFUSION	30-01-2020 <input type="text" value="dd-mm-aaaa"/>
FECHA NOTIFICACION MEDICO	30-01-2020 <input type="text" value="dd-mm-aaaa"/>
HORA (hh:mm)	Hora <input type="text" value="hora"/> Minutos <input type="text" value="minutos"/>
HORA (hh:mm)	Hora <input type="text" value="hora"/> Minutos <input type="text" value="minutos"/>
HORA (hh:mm)	Hora <input type="text" value="hora"/> Minutos <input type="text" value="minutos"/>

DIAGNOSTICOS

USO LIQUIDOS ENDOVENOSOS

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCION

SELECCIONE REACCION

Positivo Neutral Negativo

[Volver al listado de transfusiones](#)

Se debe registrar:

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

DATOS REACCIÓN TRANSFUSIONAL			
FECHA INICIO REACCION	30-01-2020 [dd-mm-aaaa]	HORA (hh:mm)	04 00
FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION	30-01-2020 [dd-mm-aaaa]	HORA (hh:mm)	04 05
FECHA NOTIFICACION MEDICO	30-01-2020 [dd-mm-aaaa]	HORA (hh:mm)	04 10

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

DIAGNOSTICOS			
CODIGO	DESCRIPCION	buscar	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 Diagnostico es almacenado y permite agregar o eliminar el Diagnostico.

DATOS REACCIÓN TRANSFUSIONAL			
FECHA INICIO REACCION	30-01-2020 [dd-mm-aaaa]	HORA (hh:mm)	04 00
FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION	30-01-2020 [dd-mm-aaaa]	HORA (hh:mm)	04 05
FECHA NOTIFICACION MEDICO	30-01-2020 [dd-mm-aaaa]	HORA (hh:mm)	04 10
DIAGNOSTICOS			
CODIGO	DESCRIPCION		<input checked="" type="checkbox"/>
Y446	EFFECTOS ADVERSOS DE SANGRE NATURAL Y PRODUCTOS SANGUINEOS		<input checked="" type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>
SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCION
signos
SELECCIONA REACCION
<input type="radio"/> Positivo <input checked="" type="radio"/> Neutral <input type="radio"/> Negativo
<input checked="" type="button" value="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	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	<input checked="" type="checkbox"/>	Medico.pruebas

3.9 FINALIDAD ATENCION

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

FINALIDAD DE LA ATENCION				
<input type="checkbox"/> Atención del parto (puerperio)				Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atención del recién nacido				
<input type="checkbox"/> Atención en planificación familiar	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>		Control Enfermería <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor de diez años		Primera Vez <input type="checkbox"/>		Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteración del desarrollo juvenil		Primera Vez <input type="checkbox"/>		Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones del embarazo	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>		Control Enfermería <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones del adulto		Primera Vez <input type="checkbox"/>		Control <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Detección de alteraciones de agudeza visual			Agudeza Visual <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Detección de enfermedad profesional				
<input checked="" type="checkbox"/> No aplica	Primera Vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>		Control Enfermería <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Señalar si la atención no es de PROMOCION Y PREVENCIÓN (recobro de la consulta externa).				
INSERTAR				

Figura 16 – Finalidad Atención.

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

3.10 ORIGEN DE LA ATENCION

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

ORIGEN DE LA ATENCION		
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Accidente rutario
<input type="checkbox"/> Accidente ofídico	<input type="checkbox"/> Otro tipo de accidente	<input type="checkbox"/> Evento catastrófico
<input type="checkbox"/> Lesión por agresión	<input type="checkbox"/> Lesión auto infligida	<input type="checkbox"/> Sospecha de maltrato físico
<input type="checkbox"/> Sospecha de abuso sexual	<input type="checkbox"/> Sospecha de violencia sexual	<input type="checkbox"/> Sospecha de maltrato emocional
<input type="checkbox"/> Enfermedad general	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> Otra
INSERTAR		
ORIGEN DE LA ATENCION Otra		
<small>EL PACIENTE NO TIENE REGISTRO DE ORIGEN ATENCION DE PRIMERA CITA ODONTOLÓGICA</small>		

Figura 17 – Origen Atención.

Los datos son almacenados.

ORIGEN DE LA ATENCION

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE

<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Accidente rutario
<input type="checkbox"/> Accidente ofídico	<input type="checkbox"/> Otro tipo de accidente	<input type="checkbox"/> Evento catastrófico
<input type="checkbox"/> Lesión por agresión	<input type="checkbox"/> Lesión auto infligida	<input type="checkbox"/> Sospecha de maltrato físico
<input type="checkbox"/> Sospecha de abuso sexual	<input type="checkbox"/> Sospecha de violencia sexual	<input type="checkbox"/> Sospecha de maltrato emocional
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad general	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> Otra

INSERIR

ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general
Otra

EL PACIENTE NO TIENE REGISTRO DE ORIGEN ATENCION DE PRIMERA CITA ODONTOLÓGICA

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

3.11 SIGNOS VITALES GENERALES

Al dar clic en **Signos Vitales Generales** HISTORIA CLINICA Signos Vitales Generales permite registrar los signos vitales del paciente, Tensión Arterial y la Escala Visual Análoga -EVA. Se coloca la observación y da clic en **Insertar**. Figura 18

SIGNOS VITALES GENERALES

TOMA DE SIGNOS VITALES															
FREC. CARD. FETAL	FREC. CARD.	FREC. RESP.	PVC	PIA	PESO	TALLA	TEMP.	T.INCUB.	SAT O ₂	IMC	ASC				
X/min	56	X/min	35	X/min	cmHg	cmHg	cmHg	kg.	180	CM	36	°C	%	25.31	2.02
GFR:															
TENSION ARTERIAL															
110 / 80 SITIO: Miembro Superior Derecho(NIN.V)															
OBSERVACION															
INSERIR															
ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA															
Menor Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mayor Dolor															

LISTADO DE SIGNOS VITALES

HORA Y FECHA DE REGISTRO		SIGNOS VITALES TRIAJE				MEDICO PRUEBAS URGENCIAS			
F.C.	F.R.	PESO(kg)	TENSION ARTERIAL	TEMP.	EVA.	SAT O ₂	ASC	IMC	GLASGOW
55	35	80.00	110 / 80	35.00	99	92.00	--	--	--

Figura 18- Signos Vitales Generales

En la parte inferior se muestra el Historial **Signos vitales** y la **Curva Térmica**.

SIGNOS VITALES GENERALES

TOMA DE SIGNOS VITALES															
FREC. CARD. FETAL	FREC. CARD.	FREC. RESP.	PVC	PIA	PESO	TALLA	TEMP.	T.INCUB.	SAT O ₂	IMC	ASC				
X/min	56	X/min	35	X/min	cmHg	cmHg	cmHg	kg.	180	CM	36	°C	%	25.31	2.02
GFR:															
TENSION ARTERIAL															
110 / 80 SITIO: Miembro Superior Derecho(NIN.V)															
OBSERVACION															
INSERIR															
ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA															
Menor Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mayor Dolor															

LISTADO DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIA	PESO (kg)	TALLA (CH)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.	TEMP.	T. INCUB	EVA	SAT O ₂	ASC	IMC	USUARIO
HOY	14:01:00	--	56	35	--	--	82.00	180	110 / 80	90	Miembro Superior Derecho(NIN.V)	36.00	--	--	--	2.02	25.31	
OBSERVACION: Observacion																		

GRAFICA DE CURVA TERMICA

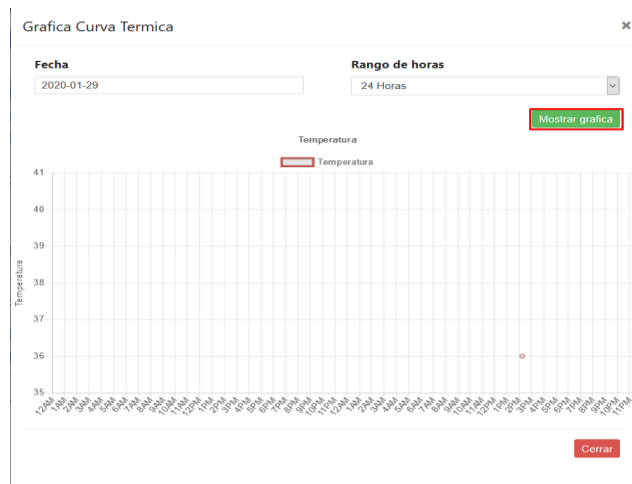
HORA Y FECHA DE REGISTRO		SIGNOS VITALES TRIAJE				MEDICO PRUEBAS URGENCIAS			
F.C.	F.R.	PESO(kg)	TENSION ARTERIAL	TEMP.	EVA.	SAT O ₂	ASC	IMC	GLASGOW
55	35	80.00	110 / 80	35.00	99	92.00	--	--	--

El **Historial de Signos vitales** muestra los signos vitales registrados y el profesional, además permite eliminar el registro de signos vitales efectuados por el mismo profesional y antes de cerrar la evolución.

LISTADO DE SIGNOS VITALES																			
FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIE	PIA	PESO (Kg)	TALLA (CM)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.	TEMP.	T. INCUB	EVA	SAT O ₂	ASC	IMC	USUARIO
HOY	14:01:00	--	56	35	--	--	--	62,00	180	110 / 80	90	Miembro Superior Derecho(NIV)	36.00	--	--	--	2.02	25.31	
OBSERVACION		Observacion																	



La **Curva Térmica** permite visualizar la gráfica de la temperaturas tomadas al paciente en una determinada **Fecha** y en un **Rango** (24-48-72) Horas.



Para visualizar la curva da clic en **Mostrar grafica** y para salir de la curva y regresar a los signos vitales da clic en **Cerrar**

3.12 SOLICITUDES PENDIENTES

Al dar clic en **Solicitudes Pendientes** **HISTORIA CLINICA** **Solicitudes Pendientes** permite visualizar las solicitudes que tenga pendientes el Paciente. Figura 19

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

DEBE CERRAR LA HC PARA PODER HACER EL PROCESO

Figura 19 – Origen Atención.

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

3.13 DELITO SEXUAL

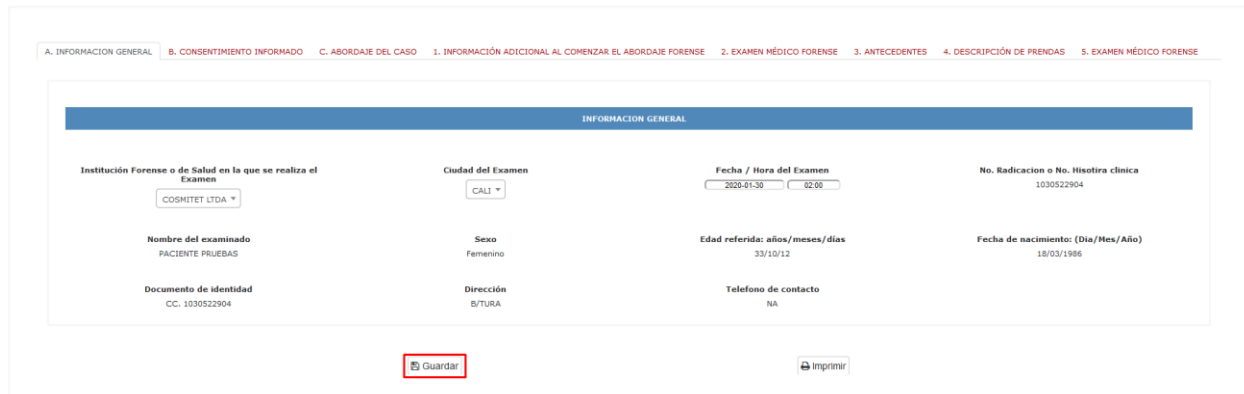
Al dar clic en **Delito Sexual** HISTORIA CLINICA Delito Sexual Permite registrar la información del paciente que ha sido objeto de abuso sexual. Figura 20



Figura 20 – Delito Sexual.

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

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



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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

 Guardar  Imprimir

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

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

ABORDAJE DEL CASO

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

 Guardar  Imprimir

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



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

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

INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE

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

SE REGISTRA LA DOCUMENTACIÓN

 Guardar  Imprimir

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

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

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

2.1 Recuento del Paciente.

2.1 Recuento del Paciente:

Anote lo referido por el examinado o su acompañante.

Información

Información suministrado por:

Paciente Otro

Nombre de la persona que hace el recuento.

Persona

Relación con el paciente.

Relación

Lugar de los hechos.

Lugar

Fecha / hora de los hechos

2020-01-29 12:00

2.2 Presunto Agresor.

2.2 Presunto agresor

Sexo

Masculino Femenino Desconocido

Conocido

Número de Agresores

1

Relación con la víctima

R

Métodos empleados por el agresor

Amenazas Golpes físicos Ataduras

Quemaduras Armas Otras

OTRAS

Tipos de armas

Arma de Fuego Cortopunzante Cortante

Punzante Otras

OTRAS

El agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes

Si No No Sabe

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

Si No No Sabe

Cual:

2.3 Actos Descritos por el Paciente.

2.3 Actos descritos por el paciente

Penetración del pene en:
 Cavidad Oral Vaginal Anal No sabe
 No aplica

Penetración de objeto diferente al pene en:
 Vagina Ano No Sabe No Aplica

Eyacuación/en caso de SI, Sitio de eyacuación
 SI No No Sabe
 Cual:

Utilizo condon?
 SI No No Sabe No Aplica

Uso de Lubricantes
 SI No No Sabe

Otras maniobras

Utilización de alcohol o drogas
 SI No No Sabe
 Cual:

Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima
 SI No

Recibió tratamiento medico previo a este examen
 SI No
 CUAL:

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

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

Orinó
 SI No

Defecó
 SI No

Ducha vaginal
 SI No

Baño, ducha, lavado corporal
 SI No

Vomitó
 SI No

Ingerió alimentos o bebidas
 SI No

Lavado de dientes
 SI No

Usó enjuague bucal
 SI No

Se cambió de ropa
 SI No

Insertó o retiró tampón/diafragma
 SI No

Otro
 Otros
 CUAL:

Guardar

Imprimir

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

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

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

- ✓ Ginecologicos
- ✓ Sexuales
- ✓ Medico Quirúrgicos y Tóxicos

3.1 Ginecologicos.

3.1 Antecedentes ginecológicos

Menarquia MENARQUIA

Ciclos CICLOS

Fecha de la última menstruación 2020-01-27

Gravidez GRAVDEZ

Partos Partos...

Abortos Abortos...

Vivos Vivos...

Fecha del último parto fecha...

Cirugía Ginecológica Si No

Planifica Si No

Cual...

3.2 Sexuales.

3.2 Antecedentes sexuales

Otras relaciones en las últimas 48 horas Si No

En caso afirmativo responde

Vaginal Si No

Anal Si No

Oral Si No

Hubo eyacuación Si No

Se usó condón? Si No

Cual...

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

3.3 Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos

Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos ANTECEDENETES

Alergias Si No

Inmunizaciones NO!

Cual...

Guardar

Imprimir

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

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

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

DESCRIPCIÓN DE PRENDAS

Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?

SI No

Las trae al examen

SI No

Donde se encuentran

DONDE SE ENCUENTRAN

Se dejan para estudio

SI No No Aplica

Observaciones

OBSERVACION

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

INFORMACION

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

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

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

5. Examen Medico Forense

Peso

Talla

Signos Vitales: T/A

F C

F R

Temp

5.1 Aspecto General.

5.1 Aspecto general

Aspecto general

ASPECTO GENERAL

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

Valoración de la zona subungueal:

Presenta Lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No

Cual?
 Frotis subungueal Corte de uñas
 Raspado subungueal

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

Presenta Lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____



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

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

Presenta Lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

En menores de edad describa último diente erupcionado
 MENORES: _____

Fase inicial
 FASE: _____

Media
 MEDIA: _____

Completa
 COMPLETA: _____

Tórax:

Presenta lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

Senos:

Presenta lesiones
 Si No

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

En menores de edad describa Caracteres sexuales secundarios(tanner)
 MENORES: _____

Abdomen:

Presenta lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

Signos de embarazo
 Si No No aplica
 Cual: _____

Espalda:

Presenta lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

Región glútea:

Presenta lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

Extremidades - Axilas:

Presenta lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

Extremidades - Miembros Superiores:

Presenta lesiones
 Si No N/A
 Cual: _____

Se recolecta evidencia física
 Si No
 Cual: _____

Extremidades - Miembros Inferiores

Presenta lesiones

SI NO N/A

Comentarios:

Se recolecta evidencia física

SI NO

Comentarios:



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

Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner

GENTALES

Posición para el examen:

Supina Prona Lateral Otros

Comentarios:

Región Pubica:

REGION

Labios Mayores:

LABIOS

Labios Menores:

LABIOS

Horquilla Vulvar:

HORQUILLA

Clitoris:

CLITORIS

Meato Urinario:

MEATO

Vagina:

VAGNA

Periné:

PERINE

Región Inguinal:

REGION

Himen(forma, integridad, elasticidad):

Forma del himen:

Anular Imperforado Semilunar
 Cribiforme Festoneado Coroliforme
 Rudimentario Tabicado Carúnculas Mitriformes

Estado del himen:

Integro No elástico Integro elástico
 Desgarrado Desgarro reciente
 Desgarro antiguo

Descripción bordes y desgarros himeniales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj):

DESCRIPCION

Toma de muestras:

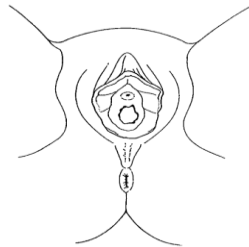
SI NO

Comentarios:

Signos de contaminación venérea

SI NO


Comentarios:



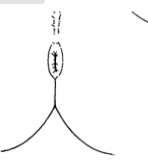
Genitales externos masculinos:

<p>Desarrollo; Tanner:</p> <input type="text" value="DESARROLLO"/>	<p>Bolsa escrotal (bilateralmente):</p> <input type="text" value="BOLSA"/>	<p>Pene y prepucio:</p> <input type="text" value="PENE"/>	<p>Frenillo:</p> <input type="text" value="FRENILLO"/>
<p>Surco balanoprepucial:</p> <input type="text" value="SURCO"/>	<p>Glande:</p> <input type="text" value="GLANDE"/>	<p>Meato urinario:</p> <input type="text" value="MEATO"/>	<p>Signos de contaminación venérea:</p> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="text" value="Cual..."/>

Se toman muestras?
 Sí No



Examen anal y perineal:

<p>Posición para el examen:</p> <input type="radio"/> Genupectoral <input type="radio"/> Supina <input checked="" type="radio"/> Lateral <input type="radio"/> Otros <input type="text" value="Cual..."/>	<p>Forma:</p> <input type="radio"/> Oval <input checked="" type="radio"/> Circular	<p>Tono:</p> <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Hipotónico	<p>Descripción de fisuras, edema, borramiento de pliegues, desgarrros, lesiones:</p> <input type="text" value="DESCRIPCION"/>
<p>Signos de contaminación venérea:</p> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="text" value="Cual..."/>	<p>Se toman muestras?</p> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="text" value="Cual..."/>		

5.3 Valoración de embriaguez por alcohol u otras sustancias

5.3. Valoración de embriaguez por alcohol u otras sustancias

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez
 Sí No

Olores asociados: Aliento alcohólico
 Negativo Discreto Evidente Dudoso
 Otros

Sensorio:

<p>Estado de conciencia:</p> <input type="text" value="ESTADO"/>	<p>Orientación:</p> <input type="text" value="ORIENTACION"/>	<p>Atención:</p> <input type="text" value="ATENCIÓN"/>	<p>Memoria:</p> <input type="text" value="MEMORIA"/>
<p>Afecto:</p> <input type="text" value="AFECTO"/>	<p>Lenguaje:Disartria:</p> <input type="radio"/> Negativa <input checked="" type="radio"/> Discreta <input type="radio"/> Evidente	<p>Otras alteraciones:</p> <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="text" value="Cual..."/>	<p>Alteraciones del pensamiento, semopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección:</p> <input type="text" value="ALTERACIONES"/>

Ojos:

<p>Congestión conjuntival:</p> <input type="radio"/> Si hay <input checked="" type="radio"/> No hay	<p>Pupilas:</p> <input type="radio"/> Isocóricas mióticas <input checked="" type="radio"/> Midriáticas <input type="radio"/> Diámetro normal <input type="radio"/> Anisocóricas	<p>Reflejo fotomotor:</p> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterado	<p>Convergencia Ocular:</p> <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada
<p>Reflejos osteotendinosos:</p> <input checked="" type="radio"/> Hiporeflexia <input type="radio"/> Hiperreflexia <input type="radio"/> Normoreflexia			

Coordinación Motora, Equilibrio y Marcha:

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

Test de movimientos rápidos alternos:
 Normal Alterada

Prueba de Romberg:
 Normal Alterada

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

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

Evaluación de Nistagmus:

Nistagmus Espontáneo:
 Presente leve Evidente Horizontal
 Vertical

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

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

Se recolectan muestras para estudio toxicológico:

Muestra de sangre:
 Si No

Muestra de orina:
 Si No

Estudios Solicitados:
 Alcoholemia Psicofármacos Estupefacientes
 Otros

Cual: _____

Guardar

Imprimir

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

DATOS GUARDADOS CORRECTAMENTE

Aceptar

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



PROTOCOLO DEL INFORME FISCAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACION DEL DELITO SEXUAL																							
INFORMACION ADICIONAL AL COMENAR EL ABORDAJE FORENSE																							
Hacer una breve referencia de los documentos aportados con el caso y señalar de los mismos la pertinencia (documentos de la autopsia, historia clínica, entrevista con psicología o trabajo social).																							
SE REGISTRA LA DOCUMENTACION																							
3.1 RECUENTO DEL PACIENTE		Análisis de la relación por el momento o no acompañante.		Información suministrada por:		Nombre de la persona que hace el recuento.		Relación con el paciente.		Lugar de los hechos.		Fecha / hora de los hechos											
Situación		Pasante		Pasante		Pasante		Pasante		Lugar		2020-01-20 12:00											
2.2 PRESUNTO AGRESOR				Número de Agresor		Relación con la víctima		Relación empírica por el agresor		Ejeto de armas		El agresor se encuentra bajo el influjo de sustancias embriagantes		El agresor resultó lesionado en los hechos. Si resultó lesionado describa el área del cuerpo afectada									
Sexo				1		E		Otras		Otras		No		No									
Descripción																							
2.3 ACTOS DESCritos POR EL PACIENTE				Penetración del pene en:		Penetración de objeto diferente al pene en:		Especialización en caso de ELECCIÓN de penetración		Úlceras venéreas?		Uso de lubricantes		Utilización de látex o diapas		Durante los hechos resultó secundario/a la víctima		Recibió tratamiento médico previo a este examen					
No aplica				No aplica		No aplica		No aplica		No aplica		No aplica		No		No		Si					
3.4 ACTIVIDADES POSTERIORES A LOS HECHOS NO APLICA SI PASARON MAS DE 72 HORAS				Orinal		Defecó		Ducha vaginal		Baño, ducha, lavado corporal		Se cambió de ropa		Insertó o retiró tampon/diáfragma		Otra		Otra					
No				No		No		No		No		No		No		No		No					
3.1 ANTECEDENTES GINECOLOGICOS				Menarquia		Ciclo		Fecha de la última menstruación		Gravidez		Parto		Abortos		Virus		Fecha del último parto		Civdad Ginecológica		Planifica	
Menarquia								2020-01-27		GRAVIDEZ		0		0		1		2017-10-03		M		No	
3.2 ANTECEDENTES SEXUALES				Otras relaciones en los últimos 48 horas		No		Vaginal		Anal		Oral		Hubo penetración		Se usó condón?							
No				No		No		No		No		No		No		No							
3.3 ANTECEDENTES MEDICOS, QUIRURGICOS Y TOXICOLÓGICOS				Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos		Antecedentes		Alergias		Inmunizaciones													
DESCRIPCION DE PRENDAS				Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?		Las trae al examen		Dónde se encuentran		Se dejó para estudio		Observaciones		Descripción según la indicación del instructivo para la recolección y embalgado de prendas, utilizando formato de Cámara de Control si se dejó para estudio.		INFORMACION							
No				No		No		SOLAS DE ENCIENTRAL		No aplica													
5. NOMBRE, FIRMA Y COSEJO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAMEN																							
NOMBRE _____ FIRMA Y COSEJO _____																							

4. ORDENES MÉDICAS

Al dar clic en **Ordenes Medicas**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 21

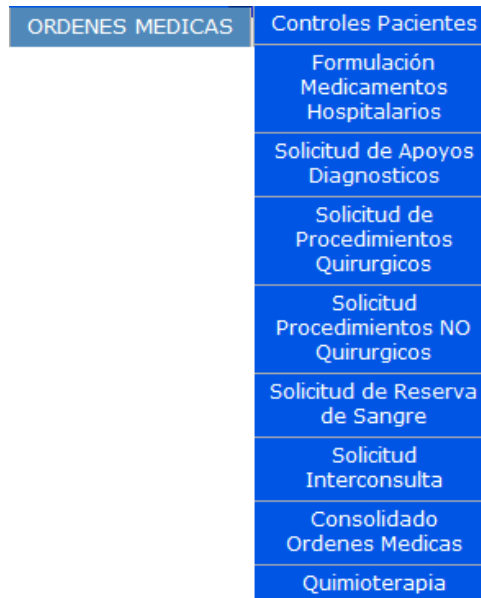


Figura 21– Menu Ordenes Medicas.

4.1 CONTROLES PACIENTES

Al dar clic **Control De Pacientes** ORDENES MEDICAS Controles Pacientes permite al profesional ingresar los controles que se deben hacer al paciente de acuerdo al estado en que se encuentre. Para registrarlos se da clic en **Adicionar**. Figura 22

ORDENES MEDICAS	
POSICION DEL PACIENTE	Adicionar
OXIGENOTERAPIA	Adicionar
REPOSO DEL PACIENTE	Adicionar
TERAPIA RESPIRATORIA	Adicionar
CURVA TERMOICA	Adicionar
CONTROL DE EQUILIBRIO INGRESOS Y ELIMINACION	Adicionar
TRIASIS INTERRIAL	Adicionar
GLUCOMETRIA	Adicionar
CONTRACCIONES	Adicionar
MIROLOGICO	Adicionar
PRONETO ABDOMINAL	Adicionar
PRONETO CERVICAL	Adicionar
PRONETO DE EXTREMIDADES	Adicionar
DIETAS DEL PACIENTE	Adicionar
CONTROL DE TRANSFUSIONES	Adicionar
CONTROL DE BIRNABES	Adicionar
CONTROLES ADICIONALES	Adicionar

Frecuencia Cardíaca
Frecuencia Respiratoria
PVC

Figura 22 – Adicionar controles del paciente

Al dar clic en **Adicionar**, Muestra la ventana del Control en este caso la Terapia, coloca las observaciones y da clic en **Guardar**. Figura 23


TERAPIA RESPIRATORIA	
Frecuencia	Observación
Terapia respiratoria 1 vez por día (u)	observación

GUARDAR


Volver

Figura 23 – Adicionar Terapia del paciente


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

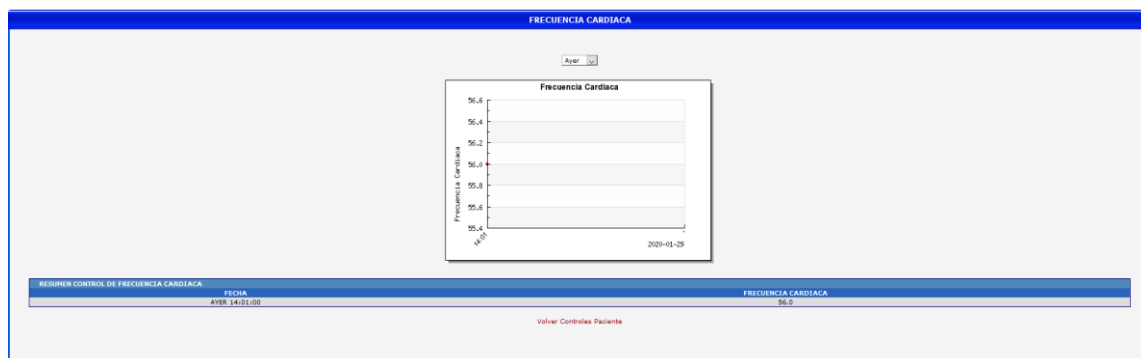
ORDENES MEDICAS	
POSICION DEL PACIENTE	Adicionar
OXIGENOTERAPIA	Adicionar
REPOSO DEL PACIENTE	Adicionar
TERAPIA RESPIRATORIA	 
Curva Termica	Adicionar

Frecuencia	Terapia respiratoria 1 vez por día
Observación	OBSERVACION


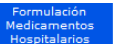
El Control del Paciente es registrado en la evolución el paciente. Si desea **Editar** el control da clic en  se realiza la modificación y da clic en **Guardar**.

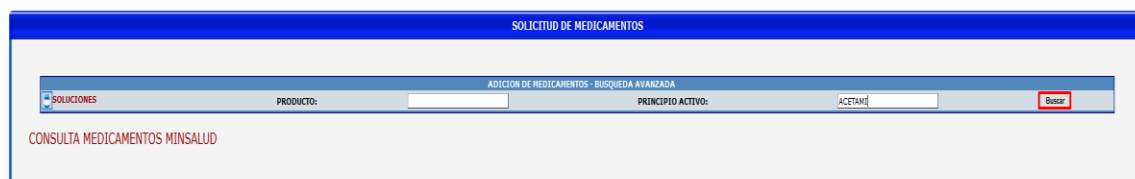
TERAPIA RESPIRATORIA	
Frecuencia Terapia respiratoria 1 vez por día	Observación OBSERVACION GENERAL
<input type="button" value="GUARDAR"/>	

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



4.2 FORMULACIÓN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS

Al dar clic en **Formulación De Medicamentos Hospitalarios**   permite realizar la solicitud de medicamentos, realizando la búsqueda por Producto o Principio Activo y da clic en **Buscar**. Figura 24




Nota: Se pueden formular medicamentos Pos y No Pos.

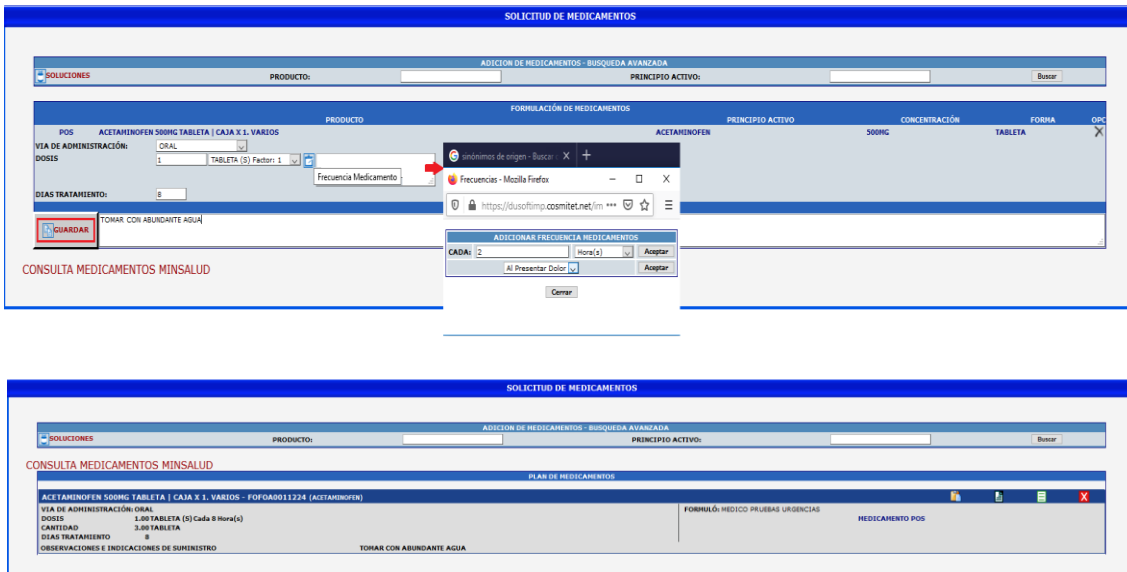
4.2.1 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS POS.

Se selecciona el medicamento Pos.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA							
BUSQUEDA AVANZADA							
PRODUCTO:		PRINCIPIO ACTIVO:		ACETAMI		Buscar	
CODIGO	PRODUCTO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	P. ACTIVO	FORMA	CONCENTRACION	EXISTE	OP.
NO POS	FOFOA0011226 ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	SOLUCION INYECTABLE	1G/100ML	0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POS	FOFOA0011224 ACETAMINOFEN 500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	TABLETA	500MG 1	0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO POS	FOFOA0511227 ACETAMINOFEN+CAFEINA 500+500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN+CAFEINA	TABLETA	500+500MG	0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 24 – Buscar Medicamento

Muestra la ventana con el Medicamento a formular, si desea eliminar da clic en  , para realizar la formulación del medicamento, se registra la información de: Vía de Administración, Dosis, Frecuencia, Días de tratamiento, la observación y da clic en **Guardar**. Figura 25



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: ACETAMI

PRODUCTO: ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS

PRINCIPIO ACTIVO: ACETAMINOFEN

CONCENTRACIÓN: 500MG

FORMA: TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL

DOSIS: 1 TABLETA (S) Factor: 1

DIAS TRATAMIENTO: 8

GUARDAR

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

ADICIONAR FRECUENCIA MEDICAMENTOS

CADA: 2

Al Presentar Dolor

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

PLAN DE MEDICAMENTOS

ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN)

VIA DE ADMINISTRACIÓN ORAL

DOSIS 1.00 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)

CANTIDAD 3.00 TABLETA

DIAS TRATAMIENTO 8

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUINSTRITO

FORMULO MEDICO PRUEBAS URGENCIAS

MEDICAMENTO POS

TOHAR CON ABUNDANTE AGUA

Figura 25 – Solicitar Medicamento

4.2.2 FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS.


Se selecciona el medicamento No Pos.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA

BUSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: ACETAMIN

CODIGO	PRODUCTO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA P. ACTIVO	FORMA	CONCENTRACION	EXISTE	OP.
NO POS	FOFO40011224 ACETAMINOFEN 10/100ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	SOLUCION INYECTABLE	10/100ML	0.00	<input type="button" value="X"/>
POS	FOFO40011224 ACETAMINOFEN 500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	TABLETA	500MG 1	0.00	<input type="button" value="X"/>
NO POS	FOFO40011227 ACETAMINOFEN+CAFEINA 300+50MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN+CAFEINA	TABLETA	300+50MG	0.00	<input type="button" value="X"/>

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

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

EL MEDICAMENTO ES NO POS DEBE TENER EL RADICADO DEL CTC

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA	OPC
NO POS ACETAMINOFEN+CODEINA 325+30MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN+CODEINA	325+30MG	TABLETA	<input checked="" type="checkbox"/>

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL

DOSIS: 1 TABLETA (S) Factor: 1 Cada 8 Hora(s)

DIAS TRATAMIENTO: 30

RADICADO: JUSTIFICAR N°

FORMATO CONTINGENCIA:

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

MEDICAMENTOS DE PRUEBAS

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

El profesional da clic en **Justificar**;  RADICADO la aplicación Direccional a la pagina de Ministerio de Salud y Protección Social **Mipres**, en la cual el profesional tiene un Usuario y contraseña para acceder a realizar el registro. Figura 26

La salud es de todos Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
REPORTE DE PRESCRIPCION DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS



Usuario:

Contraseña:

No soy un robot 

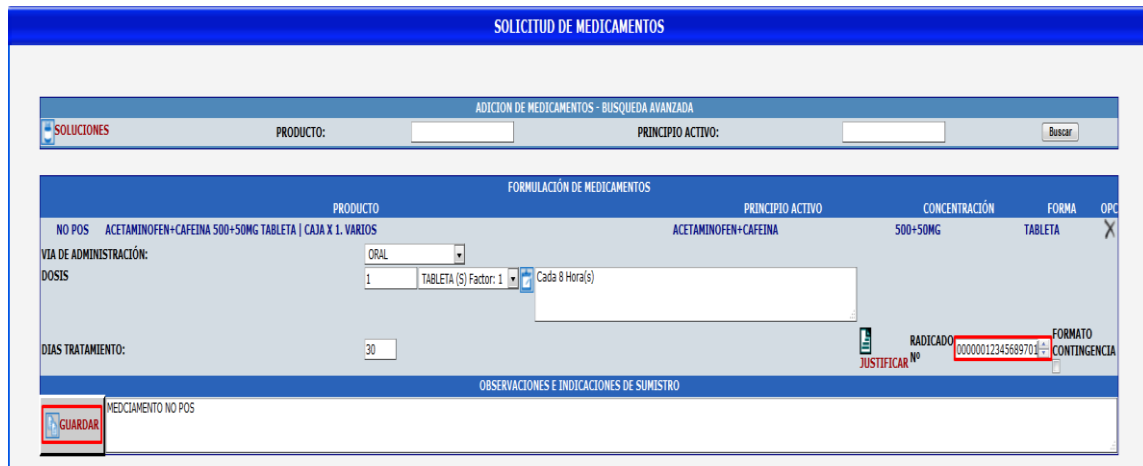
[Olvíde mi clave - Recordar contraseña](#)

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en el [Código de Uso](#)
Atención al ciudadano: Bogotá D.C. +57 (1) 843 2750 en el resto del país: 018000 960620
Horario de lunes a viernes 7am a 6pm, sábados de 8am a 1pm - jornada continua
Correo electrónico: soposmipres@minsalud.gov.co Centro de Contacto al Ciudadano
Copyright © 2015 Ministerio de Salud y Protección Social

Figura 26 – MiPres.

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

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



El Medicamento es almacenado.



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

Trae el medicamento, se debe registrar la información en los campos: Efecto Deseado, Descripción el caso medico, Tipo de solicitud, Tiempo de Respuesta y dar clic en **Guardar Justificación** para terminar el registro del medicamento. Figura 27

JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS			
PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
ACETAMINOFEN+CODEINA 325+30MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN+CODEINA	325+30MG	
DOSIS POR DIA		DIAS DE TRATAMIENTO	30
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO			
MEDICAMENTOS DE PRUEBAS			
EFECTO DESEADO			
EFFECTO DESEADO			
DIAGNOSTICO			
AGREGAR DIAGNOSTICOS			
DESCRIPCION DEL CASO CLINICO			
DESCRIPCION CASO CLINICO			
INDICACION TERAPEUTICA (Justificacion)			
INDICACION			
TIPO SOLICITUD: PRIMERA VEZ RENOVACION FALLO DE TUTELA			
TIEMPO DE RESPUESTA ESPERADO: 3 MESES			
<input type="button" value="Guardar Justificación"/> <input type="button" value="Cerrar"/>			

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

En la ventana de Plan de Medicamentos encontramos. Figura 27

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS	
ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA	
SOLICIONES	PRINCIPIO ACTIVO:
<input type="button" value="CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD"/>	
PLAN DE MEDICAMENTOS	
ACETAMINOFEN 300MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS - FOFOAD011224 (ACETAMINOFEN) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (5)Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 3.00 TABLETA DIAS TRATAMIENTO: 8 OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO: TOMAR CON ABRUDANTE AGUA	FORMULO: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS MEDICAMENTO POS
ACETAMINOFEN+CAFEINA 500+50MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS - FOFOAD511227 (ACETAMINOFEN+CAFEINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (5)Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 3.00 DIAS TRATAMIENTO: 30 OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO: MEDICAMENTO NO POS	FORMULO: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS RADICADO # 00000012345689701
ACETAMINOFEN+CODEINA 325+30MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS - FOFOA1711235 (ACETAMINOFEN+CODEINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (5)Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 3.00 TABLETA DIAS TRATAMIENTO: 30 OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO: MEDICAMENTOS DE PRUEBAS	FORMULO: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS <input type="button" value="VER JUSTIFICACION"/>
<input type="button" value="MEDICAMENTOS FINALIZADOS"/>	

Figura 27 – Plan de Medicamentos


La opción de Consulta Medicamentos permite al profesional consultar los medicamentos en la pagina del ministerio de salud. <http://www.medicamentosau clic.gov.co/>

Inicio	Acerca de medicamentos a un clic	Generalidades de los medicamentos	Prescripción de medicamentos	Uso racional	Atención al ciudadano
--------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------	-----------------------

En medicamentos a un clic usted podrá encontrar información de los medicamentos y su uso en las enfermedades más relevantes en Colombia. Para su búsqueda, usted puede digitar el nombre genérico del medicamento, o el nombre de la enfermedad y encontrará la información deseada.

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


Los botones para :

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

EDITAR MEDICAMENTOS - Mozilla Firefox

https://dusoftimp.cosमितet.net/implementacion/edward.rc 90%


FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS			
PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA
POS ACETAMINOFEN	ACETAMINOFEN	500MG	TABLETA
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL			
DOSIS ::	1.00	TABLETA (5) Factor: 1	Cada 8 Hora(s)
DÍAS TRATAMIENTO:	8.00		
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO			
TOMAR CON JUGO DE NARANJA			
<input type="button" value="GUARDAR"/>			

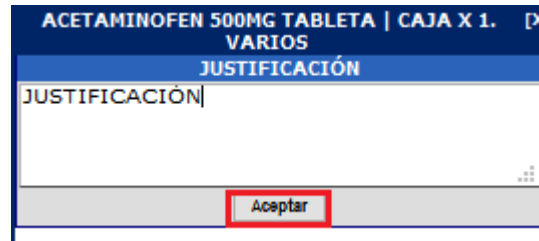
Historial  permite visualizar el histórico del medicamento profesional


HISTORIAL

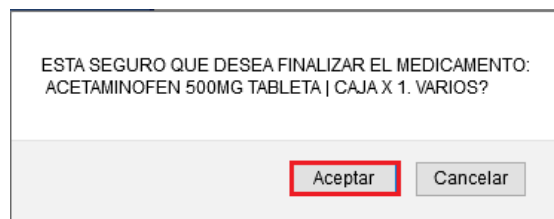
ACETAMINOFEN
(ACETAMINOFEN)

FORMULÓ: MEDICO PRUEBAS URGENCIAS
FECHA FORMULACIÓN: 31/01/2020 08:04 AM

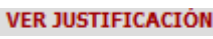
Suspender  permite suspender el medicamento, se debe colocar la justificación y dar clic en **Aceptar**.



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



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

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

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

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

MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES FINALIZADAS	
ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL
DOSIS	1.00 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD	3.00 TABLETA
DIAS TRATAMIENTO:	<input type="text" value="8.00"/>
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	TOMAR CON ABUNDANTE AGUA
<input type="button" value="REFORMULAR"/>	

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



MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES FINALIZADAS - Mozilla Firefox
 https://dusoftimp.cosmitet.net/implementacion/edward.rojas/asis 90%

MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES FINALIZADAS	
ACETAMINOFEN 1G/100ML SOLUCION INYECTABLE FRASCO X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS (ACETAMINOFEN)	
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL
DOSIS	1.00 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD	3.00 TABLETA
DIAS TRATAMIENTO:	<input type="text" value="8.00"/>
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO:	TOMAR CON ABUNDANTE AGUA
<input type="button" value="REFORMULAR"/>	

REFORMULAR

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

4.3 SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS

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

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

Ademas ordenar Ascendente o Descendente. Se selecciona el diagnostico y clic en **Guardar**. Figura 28

APOYO DIAGNOSTICO

BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: TIPO: CARGO: DESCRIPCION:

ORDENAR: Ascendente Descendente

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

Figura 28 Solicitud de Apoyos Diagnósticos.

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

SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS

ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA


FRECUENTES: TIPO: CARGO: DESCRIPCION:

ORDENAR: Ascendente Descendente

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE

Fecha: 2020-01-31

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNOSTICOS							
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR	SELECCIONAR	SELECCIONAR	SELECCIONAR	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observacion: Orden Profesional Diagnosticos Presuntivos		MEDICO PRUEBAS URGENCIAS					
INFORMACION	0021		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

APOYO DIAGNOSTICO

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

OBSERVACION

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

OBSERVACION:

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

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

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

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

Si se va Eliminar la Solicitud clic en 

SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS

ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BÚSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES TIPO CARGO: DESCRIPCION:

ORDENAR Ascendente Descendente

SOLICITUD ELIMINADA SATISFACTORIAMENTE.

Fecha: 2020-01-31

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNOSTICOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	Observación Orden Profesional Diagnósticos Preanalisis	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA AUTOMATIZADO	<input type="checkbox"/>
	MEDICO PRUEBAS URGENCIAS		<input type="checkbox"/>
INFORMACION		0021	<input type="checkbox"/> Ambulatoria

[Imprimir Solicitudes](#)

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

APOYO DIAGNOSTICO

BÚSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES TIPO CARGO: DESCRIPCION:

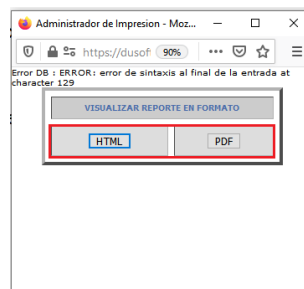
ORDENAR Ascendente Descendente

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

Ir a lectura de apoyos diagnosticos

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

Para Imprimir la solicitud clic en **Imprimir Solicitudes** Selecciona Formato HTML. O PDF



Formato HTML

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


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

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


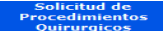
Formato PDF.

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

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

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

4.4 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

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

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

Para Se Seleccionar el **Procedimiento Quirúrgico** clic en **Guardar**. Permite registrar la información del procedimiento. Figura 29

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS




TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCIONES
SISTEMA DIGESTIVO	S30001 Observación Diagnósticos Presuntivos	HERNIOGRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA		  
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>				
PRIORIDAD DE AUTORIZACION: NORMAL		FECHA SUGERIDA: [dd/mm/aaaa]		Hora: [v] Minutos: [v]
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGIA: %A		SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TENDONES Y ORGANOS SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS		
ESTANCIA		TIPO ESTANCIA	PRE QX	POS QX
		CUIDADOS BASICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CUIDADOS INTERMEDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MONITORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		OBSERVACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		PARTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSENTIMIENTO ANESTESICO				
<input type="button" value="GUARDAR PROCEDIMIENTO"/>				

Figura 29 - Solicitar de Procedimiento Quirúrgico.

Para agregar un nuevo Procedimiento dar clic en 

Para Editar el Procedimiento dar clic en 

Para Eliminar el Procedimiento clic en 

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

SOLICITUDES AMBULATORIAS

PRIORIDAD DE AUTORIZACION: ALTO

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

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGIA: 2 Horas 30 Minutos

En la ventana también permite al profesional:

4.4.1 Solicitar Apoyos Diagnósticos para el Procedimiento Quirúrgico:

al dar clic muestra la ventana donde le permite al profesional seleccionar el tipo de apoyo, la cantidad y da clic en **Guardar**. Figura 30

APOYO DIAGNOSTICO



BUSQUEDA AVANZADA



TIPO: Todos CARGO: DESCRIPCION: BUSCAR

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

VOLVER

Figura 30 - Solicitar Apoyos Diagnósticos Para el Procedimiento.

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

	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	@903107 Observacion2 Diagnosticos Presuntivos	ACIDO FORMICO EN ORINA	1	 

4.4.2 Solicitar material Osteosíntesis, Tejido y Órganos: al dar clic muestra la ventana donde permite solicitar el tipo de material en caso de ser requerido para la realización del procedimiento, se realiza la búsqueda por **Código** o **Descripción**.
 Figura 31

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS

BUSQUEDA AVANZADA

GRUPOS: Todos CODIGO: DESCRIPCION: PUESO BUSCAR

NINGUN RESULTADO OBTENIDO

VOLVER

Figura 31 - Solicitar Material de Osteosíntesis, Tejidos y Órganos.

4.4.3 Solicitud de Equipos Quirúrgicos: al dar clic muestra la ventana donde permite solicitar los equipos quirúrgicos que sean necesarios para el procedimiento. Se debe seleccionar el tipo de equipo, el quirófano colocar la descripción y dar clic en **Buscar**.
 Figura 32

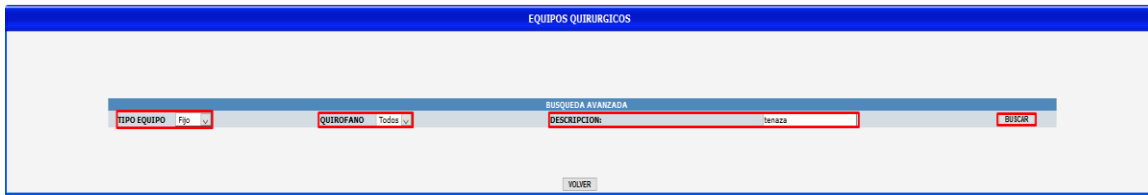


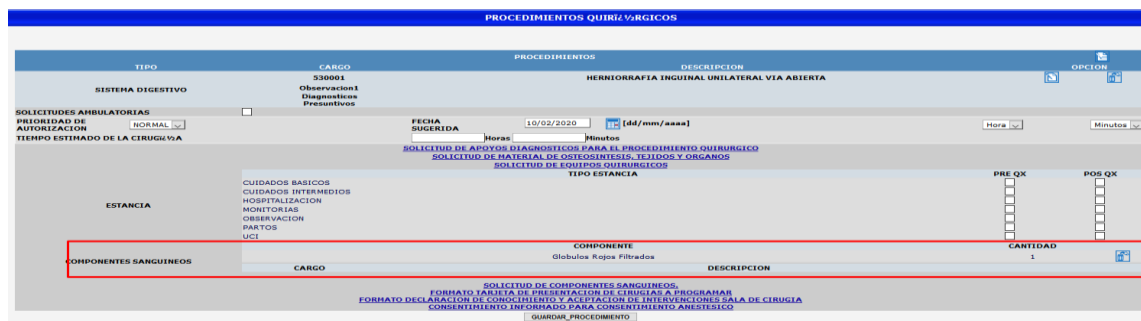
Figura 32 - Solicitud de Equipos Quirúrgicos.

4.4.4 Solicitud de Componentes Sanguíneos: al dar clic muestra la siguiente ventana donde permite solicitar los componentes sanguíneos necesarios para realizar el procedimiento. Se debe Ingresar las cantidades y dar clic en **Guardar**. Figura 33



Figura 33 - Solicitud de Componentes Sanguíneos.

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



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

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

Se da clic en **Guardar**. Figura 34

FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

II. Información Básica	
Acidentes	ACIDENTE
II Necesidades pre - quirúrgicas	
Exámenes Completos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Valoración Pre	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Requiere Anestesiólogo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Valoraciones Adicionales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de Preparación	NINGUNA
Requerimientos Especiales:	UCIA <input type="checkbox"/> UCIP <input type="checkbox"/> HOSPI PRE O POST <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Injertos Oseos <input type="checkbox"/> N/A <input checked="" type="checkbox"/>
	OTROS <input type="checkbox"/> OTROS REQUERIMIENTOS
IV. Información Del Procedimiento	
Diagnostico	AGREGAR DIAGNOSTICOS
Procedimiento Quirúrgico	41 R508 - OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS
	330001 Herniorrafia Inguinal Unilateral Vía Abierta
	VOLVER

Figura 34 - Formato de Tarjeta de Presentación.

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

4.4.6 Formato Declaración de Conocimiento y Aceptación de Intervenciones Sala de Cirugía. Al dar clic muestra la siguiente ventana donde debe registrar la información de los Campos 3,4,5, Condiciones y Posibles Donantes y da clic en **Guardar**. Figura 35.

DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA

* 3. Que me ha explicado y entendido la naturaleza y propósitos del procedimiento que se me realizará, que consistirá en:

Esta es una prueba para elaboración de Manuales

* 4. De manera clara se me ha explicado y he entendido sobre los riesgos inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediano o largo, que consisten en:

Esta es una prueba para elaboración de Manuales

* 5. De manera clara se me ha explicado y he entendido sobre los beneficios inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediano o largo, que consisten en:

Esta es una prueba para elaboración de Manuales

* CONDICIONES

Esta es una prueba para elaboración de Manuales

* POSIBLES DONANTES (NIH)

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

NOMBRE COMPLETO	Tipo de Documento: [TIPO DOCUMENTO] No. de Documento: []	
IDENTIFICACION	PADRE <input type="radio"/>	OTRO <input type="radio"/>
PARENTESCO	HERMANO(A) <input type="radio"/>	
	ESPOSO(A) <input type="radio"/>	
	HUJO(A) <input type="radio"/>	
	OTRO <input type="radio"/>	

Guardar **Volver**

Figura 35 - Formato declaración de Conocimiento y Aceptación de Intervenciones Sala de Cirugía

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

4.4.7 Consentimiento Informado Para Consentimiento Anestésico. Al dar clic muestra la siguiente ventana donde se registra la información del acompañante y el tipo de Anestesia si el paciente es menor de edad o tiene alguna incapacidad de decisión y se da Clic en **Guardar**. Figura 36.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

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

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

GUARDAR **VOLVER**

Figura 36 - Consentimiento Informado Para Consentimiento Anestésico.

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

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

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

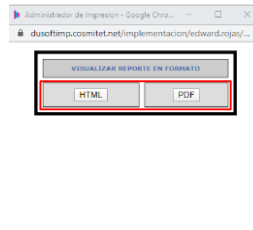
TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	530001	Observacion1	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>				
PRIORIDAD DE AUTORIZACION	NORMAL	FECHA SUGERIDA	12/02/2020	
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGIA	2	Horas	30	Minutos
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
	@907106 UROANALISIS		1	
Observacion2 Diagnosticos Presuntivos				
SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS				
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA		PRE QX	POS QX
	CUIDADOS BASICOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CUIDADOS INTERMEDIOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONITORIAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPONENTES SANGUINEOS	COMPONENTE		CANTIDAD	
		Globulos Rojos Filtrados	1	
	CARGO	DESCRIPCION		

SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS:
FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR
FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSENTIMIENTO ANESTESICO

MODIFICAR PROCEDIMIENTO | IMPRIMIR FORMATO TARJETA | IMPRIMIR FORMATO DECLARACION | IMPRIMIR CONSENTIMIENTO ANESTESICO

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

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



Se imprime el documento

TARJETA DE PRESENTACIÓN DE CIRUGÍAS A PROGRAMAR					
I. Identificación del paciente					
Nombre del paciente	PACIENTE DE PRUEBAS				
Identificación	CC	1030522904	EDAD: 33 AÑOS	FECHA SOLICITUD: 12-03-2020	TALLA: PESO:
Programa / Empresa	URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2018/C		Municipio	CALI	
II. Información Básica					
Tipo de Usuario	Urgencias		Teléfono: 322568974	Acidentes	ACUIDENTE
Actualmente Activo	Copagos				
III. Necesidades pre-quirúrgicas					
Exámenes Completos	NO	Valoraciones Adicionales	NO		
Valoración pre	NO				
Requiere Anestesiólogo	NO	Tipo Preparación	NINGUNA		
Requerimientos Especiales	UCÍA : NO UCIP : NO HOSPI PRE O POST : NO SANGRE : NO BIERTOS OSEOS : NO NA : SI				
OTROS REQUERIMIENTOS	Tiempo quirúrgico 2:30				
IV. Información del Procedimiento					
Diagnostico	Cargo	Descripción			
	R508	OTRAS FIEBRES ESPECIFICADAS			
Procedimientos Quirúrgicos	Cargo	Descripción			
	S30001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA			
MEDICO DE PRUEBAS			FIRMA Y SELLO COORDINADOR DE PROGRAMA		
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE					

✓ Imprimir Formato de Declaración. **IMPRIMIR FORMATO DECLARACION** Al dar clic se genera la impresión en HTML o PDF.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICO

FECHA: 2025-01-02 N.C.NÚ: 113532004

A. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO (APELLIDO DE SU PADRE) **N. IDENTIFICACION (DIRECCION)**

DIRECCION **TELÉFONO** **PROFESION** **SEXO** **EDAD** **ESTADO CIVIL**

NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR: **PROFESION DEL TÉCNICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO**

B. DECLARACION DEL PACIENTE

1. Comprendo la naturaleza de mi enfermedad.

2. Se me ha informado de manera clara y sencilla acerca de mi enfermedad, las alternativas disponibles de manejo, tratamiento y procedimiento médico (garantía de resultado con su condición actual y de salud actual).

3. Se me ha informado y he entendido la naturaleza y propósito del procedimiento que se me realizará, que consiste en:

Esto es una prueba para diagnóstico de Menstruo

4. De ser necesario, me he informado de manera clara los beneficios y también sobre los riesgos asociados al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, así como el plan de acción, medidas a tomar, que consiste en:

Esto es una prueba para diagnóstico de Menstruo

5. De ser necesario, me he informado de manera clara los beneficios asociados al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, así como el plan de acción, medidas a tomar, que consiste en:

Esto es una prueba para diagnóstico de Menstruo

6. Se me ha explicado y he entendido, sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse por la realización de dicho procedimiento.

7. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

8. Se me ha explicado todo lo posible con respecto a mi enfermedad y sobre el procedimiento que se me va a realizar.

9. Declaro que soy mayor de edad y que no encuentro en peligro alguna de mis capacidades mentales, y no estoy bajo presión alguna.

10. Se me ha informado que el procedimiento que se me va a practicar, así como el costo del mismo que se encuentra de libre, lo que está preparado para el día en que se me vaya a realizar el procedimiento. Así mismo, en caso de urgencia o posible hospitalización, la información estará a cargo del médico o técnico responsable de turno.

Entiendo al personal médico y paramédico que para realizar el procedimiento antes descrito y todos los procedimientos complementarios que sean necesarios según mi condición clínica, y los señores de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones, alteraciones, o eventos de mi actual estado de salud o en cualquier momento de mi vida, así como de los médicos complementarios que sean necesarios en beneficio de la recuperación de mi estado de salud. Asimismo, para que los profesionales que participan en mi intervención respeten los compromisos adquiridos de su cargo y a través de sus medios para cualquier procedimiento que se presente, declaro que se me respaldará los derechos correspondientes de cualquier condición cuando sea necesario.

Esto es una prueba para diagnóstico de Menstruo

C. DECLARACION DEL PROFESIONAL

Declaro que he informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, como también de las otras alternativas de tratamiento y procedimientos, posibles y eventuales riesgos, inconvenientes, o en el plan de acción, y de los resultados que se pueden esperar.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE **N. IDENTIFICACION**

PACIENTE DE PRUEBAS **N. IDENTIFICACION**

NOMBRE Y APELLIDO DEL TESTIGO **N. IDENTIFICACION**

PROFESION **N. IDENTIFICACION**

Medico de Pruebas Dusoff **N. IDENTIFICACION**

Regimen Médico No. **Identificación**

ESPECIALIDAD **MEDICO GENERAL UCI**

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

El paciente es un niño o menor de edad, por lo que se requiere de la autorización de un representante legal para la realización del procedimiento que se debe practicar.

El médico que ha realizado de manera clara, en lenguaje sencillo y comprensible, los riesgos, beneficios y posibles complicaciones, ha entendido y aceptado que el resultado de la prueba de diagnóstico de Menstruo.

En virtud de lo anterior, yo, _____, identificada con C.C. (pasaporte) No. _____, soy el representante legal, a saber, para que el doctor médico responsable de la intervención que se le va a realizar, respetando los compromisos adquiridos de su cargo y a través de sus medios para cualquier procedimiento que se presente, declaro que se me respaldará los derechos correspondientes de cualquier condición cuando sea necesario.

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR (O SU REPRESENTANTE) **IDENTIFICACION N.**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE **IDENTIFICACION N.**

NOMBRE Y APELLIDO TITULAR (O SU FAMILIAR) **IDENTIFICACION N.**

DECLARACION:

Yo, el representante legal del paciente médico de edad menor de 18 años, en el presente me declaro, que el presente médico del tipo de procedimiento antes descrito, que se me va a realizar, es un procedimiento diagnóstico, y que se me encuentra dentro del programa de atención a salud en materia de diagnóstico de Menstruo, los cuales son de carácter diagnóstico y no de carácter terapéutico.

En virtud de lo anterior, yo, _____, identificada con C.C. (pasaporte) No. _____, soy el representante legal, a saber, para que el doctor médico responsable de la intervención que se le va a realizar, respetando los compromisos adquiridos de su cargo y a través de sus medios para cualquier procedimiento que se presente, declaro que se me respaldará los derechos correspondientes de cualquier condición cuando sea necesario.

E. MENSTRUO

Entiendo en cuanto que durante la realización de cualquier procedimiento médico que sea necesario, me quedaré en reposo absoluto y estaré bajo la supervisión de un personal médico responsable de la intervención, así como de los médicos complementarios que sean necesarios en beneficio de la recuperación de mi estado de salud. Asimismo, para que los profesionales que participan en mi intervención respeten los compromisos adquiridos de su cargo y a través de sus medios para cualquier procedimiento que se presente, declaro que se me respaldará los derechos correspondientes de cualquier condición cuando sea necesario.

CONFIRMO QUE HE LEÍDO Y ENTENIDO EN SU TOTALIDAD EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO Y QUE EN VIRTUD DE ELLO PROCEDO A FIRMAR

✓ Imprimir Consentimiento Anestésico. [IMPRIMIR CONSENTIMIENTO ANESTESICO](#) Al dar clic se genera la impresión en HTML o PDF.

GESTIÓN DE CIRUGIA
POR SEGURIDAD, CALIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL MANEJO DE NUESTROS USUARIOS EN QUIRÓFANOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO
(Ordenado por el artículo 15 de la ley 23/91 y por los derechos del paciente)

1. Yo PACIENTE DE PRUEBAS _____, identificada(a) con C.C. 103052804.

Por la presente autorizo a los médicos anestesiólogos de la para realizar el acto anestésico para el procedimiento que se va a efectuar en mi persona.

2. En caso que el paciente sea menor de 18 años, inconsciente, discapacitado mental o presente limitaciones para la comunicación verbal, por favor llene este espacio.
Yo titular de prueba _____, identificado con cédula No. 11111111 expedida en xxxx, en calidad de PADRE X HERMANO(A) HDO(A) ESPOSO(A) OTRO padre.

Otro como representante del paciente en mérito, por lo cual declaro y acepto lo rubricado consignados en este documento.

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

4. Certifico que el médico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos o gripa, cirugías y anestésicos anteriores, alergias, posibilidad de embarazo, drogas que como actualmente incluyendo cigarrillo, alcohol o drogas prohibidas, exámenes de laboratorio, hora de la última comida. De igual manera, seguí sus recomendaciones sobre ayuno, reposo, drogas, que me formula y otras indicaciones.

5. Los efectos secundarios más frecuentes de la anestesia son: Náuseas, vómitos, mareos, somnolencia, dolor de cabeza, ronquera, dolor de garganta, dolores musculares, dolor de espalda, hinchazón de tejidos blandos, hinchazón de labios y dientes, infecciones de la piel, o alitos de hipoventilación, hematomas, dolor en las venas arteriales puncionadas y otras.

6. Las complicaciones más graves son poco frecuentes e incluyen: Lesión del sistema nervioso central o de nervios periféricos, daños de los ojos, daños de la cuerda vocal, o de tráquea, neumonía, suñños y recuerdos intraoperatorios, alergias y reacciones adversas a las drogas quemaduras, infarto del miocardio, trombois o embolia pulmonar hasta la muerte.

7. El procedimiento que se va a realizar es para tratamiento o para hacer un diagnóstico y consiste en:

Bajo anestesia:

GENERAL[X] INHALATORIA[] GENERAL ENDOVENOSA[] GENERAL COMBINADA[] BLOQUEOS PERIFERICOS[]
PERIDURAL[] SEDACION[] RAQUIDEA[]

8. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones que requieran cambiar el procedimiento o llevar a cabo otros médicos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios, en estos casos, el médico también obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad o la de mi acudido como prioridad.

9. El/los médicos me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria.

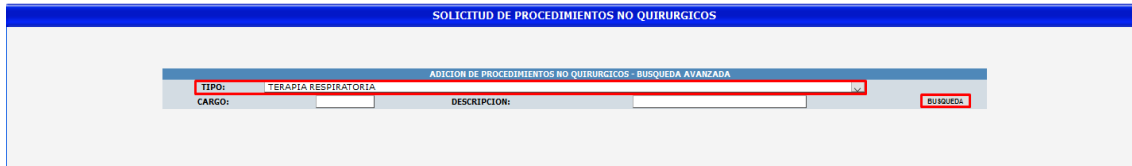
10. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente todo lo anterior, que no hay espacios en blanco por que ha sido completados antes de mi firma y que encuentro en capacidad mental y física de autorizar libremente y sin presiones el presente consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO
Medico de Pruebas Dusoff

4.5 SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Al dar clic en **Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos**. ORDENES MEDICAS Solicitud Procedimientos NO Quirúrgicos Permite realizar la solicitud de procedimientos no quirúrgicos. Se despliega la ventana con la opción de búsqueda por Tipo, Cargo o Descripción y se da clic en **Buscar**. Figura 37



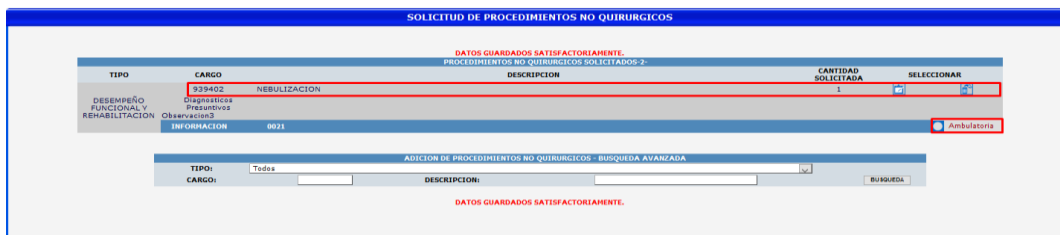
Se muestra el resultado de la consulta, donde se selecciona el procedimiento, la cantidad y da clic en **Guardar**.




TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	SELECCIONAR	FORMATO
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939601	OTRA TERAPIA CON OXIGENO EFECTO CITOREDUCTIVO OXIGENADORES TERAPIA CATALITICA POR OXIGENO/TERAPIA CON OXIGENO	1	<input checked="" type="checkbox"/>	BASEADO CONTINGENCIA
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939402	NEBULIZACION	1	<input checked="" type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939100	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA INTERMITENTE EPAP SOD	1	<input type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939700	CAMARA DE DESCOMPRESION SOD	1	<input type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	1	<input type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939300	METODOS DE RESUSITACION NO MECANICOS RESPIRACION ARTIFICIAL BOCA A BOCA MANUAL SOD	1	<input type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939000	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA EPAP SOD	1	<input type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939800	OTRO CONTROL DE PRESION Y COMPOSICION ATMOSFERICA TERAPIA CON HELIO Y AIRE ACONDICIONADO LIBRE DE ANTIDOTOS SOD	1	<input type="checkbox"/>	
DESEMPEÑO FUNCIONAL Y REHABILITACION	939401	INDICACION RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION AEROSOL/TERAPIA	1	<input type="checkbox"/>	

Figura 37 - Solicitud de Procedimientos No Quirúrgicos.

El procedimiento es almacenado.




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



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

4.6 SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

Al dar clic en **Solicitud de Reserva de Sangre**. **ORDENES MEDICAS** **Solicitud de Reserva de Sangre** permite realizar la reserva de sangre cuando se requiera por algún tipo de procedimiento. Figura 38

Nº SOLICITUD	FECHA	NIVEL URGENCIA	AOS / RH PACIENTE	COMPONENTES	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD PENDIENTE	CONFIRMADAS	REPORTE
200	2020-03-12 10:00:00	NORMAL	SIN REGISTRO	Globulina Roja P/Reserva	1	1		 IMPRIMIR REPORTE

SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE	
GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE	SIN REGISTRO
FACTOR	Seleccionar Factor
TIPO	SOLICITUD
NIVEL DE URGENCIA	EXTREMADAMENTE URGENTE(DE 10 A 15 MINUTOS) <input checked="" type="radio"/> MUY URGENTE(1 HORA) <input type="radio"/> URGENTE(3 HORAS) <input type="radio"/> EL MISMO DIA <input type="radio"/>
FECHA REQUERIDA	12-03-2020 HORA REQUERIDA 04:50
COMPONENTES A RESERVAR	
RESERVA AUTOLÓGICA	<input type="checkbox"/>
FECHA DE LA RESERVA	12-03-2020 HORA DE LA RESERVA 11:00
GESTACIONES	
EMBARAZOS PREVIOS	
FECHA ULTIMO EMBARAZO (dd-mm-aaaa)	
EN GESTACION	<input type="checkbox"/>
TRANSFUSIONES ANTERIORES	<input type="checkbox"/>
REACCIONES TRANSFUSIONALES	<input type="checkbox"/>
CUALES	
NUMERO DE EMBARAZOS	0
ANTECEDENTES NEFROPATIAS	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTO ACTUAL	
MOTIVO DE LA RESERVA	
HEMOGLOBINA	
HERRIA	
PT/PTT	
RECUESTO DE PLAQUETAS	

Figura 38 - Solicitud de Reserva de Sangre.

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

REGISTRO FACTOR SANGUINEO PACIENTE	
GRUPO SANGUINEO	0 Rh Positivo
FECHA DEL EXAMEN	12-03-2020 [dd-mm-aaaa]
LABORATORIO	CRUZ ROJA
OBSERVACIONES	ADRIANA AGUDELO OROZCO
(LAS OBSERVACIONES)	
<input type="button" value="ACEPTAR"/> <input type="button" value="CANCELAR"/>	

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

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

TIPO	SOLICITUD	RESERVA
NIVEL DE URGENCIA	EXTREMADAMENTE URGENTE(DE 10 A 15 MINUTOS) <input checked="" type="radio"/> MUY URGENTE(1 HORA) <input type="radio"/> URGENTE(3 HORAS) <input type="radio"/> EL MISMO DIA <input type="radio"/>	
FECHA REQUERIDA	12-03-2020 HORA REQUERIDA 04:50	

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

BUSCADOR DE COMPONENTE

CRITERIOS DE BÚSQUEDA

COMPONENTE
GLOBULOS

BUSCAR




RESULTADO

#	COMPONENTE	UNIDADES	
1	GLOBULOS ROJOS FILTRADOS	1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS	1	<input checked="" type="checkbox"/>
3	GLOBULOS ROJOS POBRES EN LEUCOCITOS CON FILTRO	1	<input checked="" type="checkbox"/>

AGREGAR COMPONENTES

Los componentes son almacenados en el registro Reserva de Sangre.

COMPONENTES A RESERVAR

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

Para Eliminar da Clic 

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

RESERVA AUTOLOGA

FECHA DE LA RESERVA 12-03-2020 HORA DE LA RESERVA 14:57

GESTACIONES EMBARAZOS PREVIOS SI NO

FECHA ULTIMO EMBARAZO (dd-mm-aaa) NULL SI NO

EN GESTACION TRANSFUSIONES ANTERIORES SI NO

REACCIONES TRANSFUSIONALES SI NO

CUALES

RESERVA DE SANGRE

NUMERO DE EMBARAZOS 0 SI NO

ANTECEDENTES NEOPATIAS

RESERVA DE SANGRE

MEDICAMENTO ACTUAL

RESERVA DE SANGRE

MOTIVO DE LA RESERVA

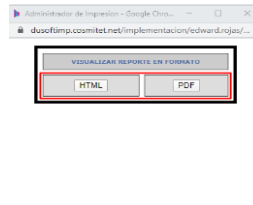
HEMOGLOBINA 1 PT/PTT 1 RECUENTO DE PLAQUETAS 1

INSERTAR

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

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

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


REPORTE DE RESERVA DE SANGRE

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

4.7 CONSOLIDADO DE ÓRDENES MEDICAS – PLAN TERAPEUTICO.

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

ORDENES MEDICAS

Consolidado Ordenes Medicas

permite registrar las recomendaciones y la información que el profesional considere necesaria de acuerdo al estado del paciente. Se registra la información y da clic en **Insertar.** Figura 39

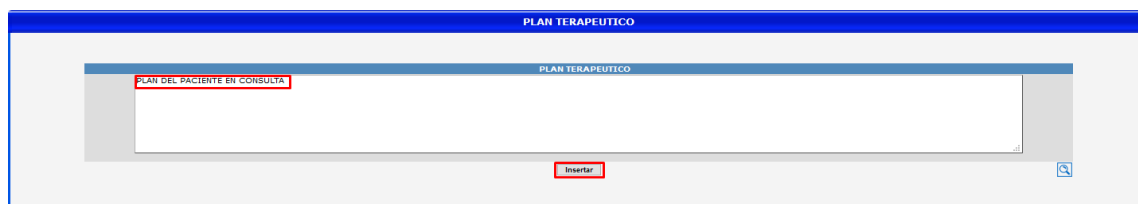


Figura 39 - Consolidado de Ordenes Medicas - Plan Terapéutico.

4.8 QUIMIOTERAPIA.

Al dar clic en **Quimioterapia.**

ORDENES MEDICAS

Quimioterapia

permite Registrar o Activar el Paciente con Cancer. Figura 40

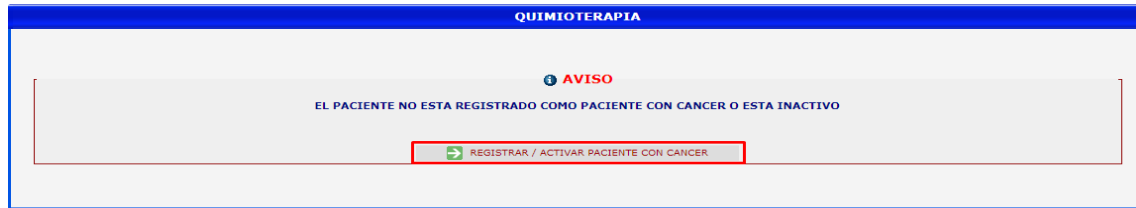
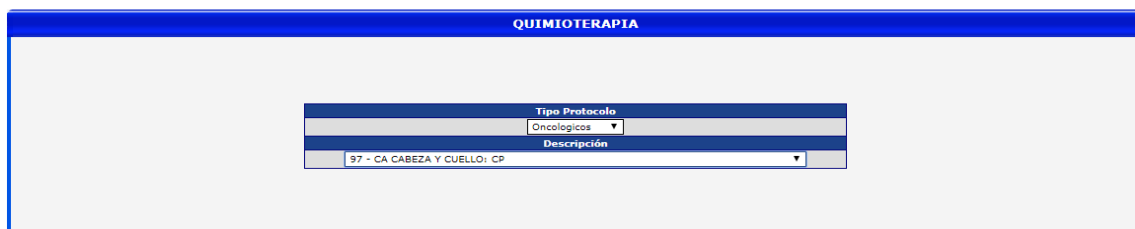


Figura 40 - Quimioterapia.

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



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



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

QUIMIOTERAPIA

TIPO : 97 - GA 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	VEHICULO	VOL. F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO070001 - FOSFOPRYTANT AMEGLUMINA	1	150.00	Miligramos	150.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	Días	Semanal	1 Dia	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
POPO001085 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	50.00	Miligramos	50.00	---	---	SI	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	1	<input type="checkbox"/>
POPO008042 - ONDANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>
POPO005063 - DEKAMETASONA	2	16.00	Miligramos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>
POPO141740 - LORATADINA	1	10.00	Miligramos	10.00	---	---	TA	ORAL	N/A	N/A	N/A	SI C/3 SEMANAS	1	1	<input type="checkbox"/>
TIPO : 97 - GA 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	VEHICULO	VOL. F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO030047 - FLUTAMIDEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	21%	36.25	SI	INTRAVENOSA	1	Días	Semanal	1 Dia	1	0.5	<input checked="" type="checkbox"/>
POPO0170376 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	82.5%	---	PIV	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>

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

dusoftimp.cosmitet.net dice

Ya ingresó los datos de quimioterapia en esta evolución.

QUIMIOTERAPIA

YA INGRESÓ LOS DATOS DE QUIMIOTERAPIA EN ESTA EVOLUCIÓN.

TIPO : 97 - GA CABEZA Y CUELLO: CP															
PREMEDICACIÓN															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHICULO	VOL. F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO070001 - FOSFOPRYTANT AMEGLUMINA	1	150.00	Miligramos	150.00	---	---	SI	INTRAVENOSA	1	Días	Semanal	1 Dia	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
POPO001085 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	50.00	Miligramos	50.00	---	---	SI	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	1	<input type="checkbox"/>
POPO008042 - ONDANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>
POPO005063 - DEKAMETASONA	2	16.00	Miligramos	16.00	---	---	SI	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>
POPO141740 - LORATADINA	1	10.00	Miligramos	10.00	---	---	TA	ORAL	N/A	N/A	N/A	SI C/3 SEMANAS	1	1	<input type="checkbox"/>
TIPO : 97 - GA 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	VEHICULO	VOL. F SOL (cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción
POPO030047 - FLUTAMIDEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	21%	36.25	SI	INTRAVENOSA	1	Días	Semanal	1 Dia	1	0.5	<input checked="" type="checkbox"/>
POPO0170376 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	82.5%	---	PIV	INTRAVENOSA				SI C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>

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

5. EVOLUCION

Al dar clic en **Evolución**, se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 41



Figura 41 - Menu Evolución.

5.1 EVOLUCION

Al dar clic en **Evolución** **EVOLUCION** **Evolucion** permite registrar las evoluciones al paciente. Se registra la información de Diagnostico, servicio, Hallazgos, Análisis, plan e interpretación del Diagnostico y da clic en **Insertar**. Figura 42

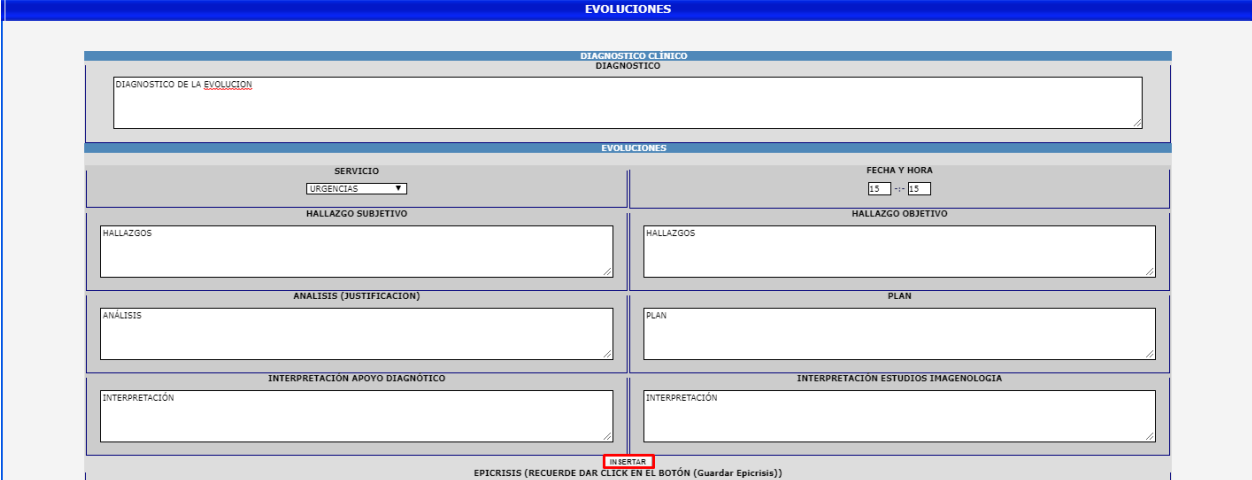


Figura 42 - Evolución

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

INSERTAR
EPICRISIS (RECUERDE DAR CLICK EN EL BOTÓN (Guardar Epicrisis))

2020-03-13 15:26:33 Profesional: MEDICO PRUEBAS
ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): ANÁLISIS
INTER. APOYO DIAGNÓSTICO: INTERPRETACIÓN
INTER. ESTUDIOS IMAGENOLÓGIA: INTERPRETACIÓN

Guardar Epicrisis
 DIAGNOSTICOS

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

dusoftimp.cosmitet.net dice

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Aceptar

5.2 LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS

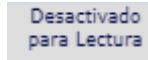
Al dar clic en **Lectura de Apoyos Diagnósticos**. EVOLUCION Lectura de Apoyos Diagnósticos Permite visualizar el resultado de los exámenes y realizar la interpretación o Lectura cuando han sido tomados. Figura 43.

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

Figura 43 - Lectura de Apoyos Diagnósticos

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

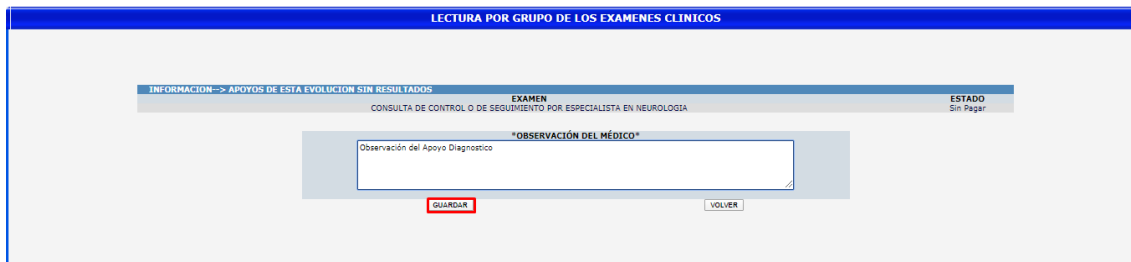
- ✓ **Desactivado Para Lectura:** No permite la Lectura por Parte del Profesional.



- ✓ **Realizar Interpretación Medica:** Permite realizar la interpretación medica del apoyo diagnostico por parte del profesional.



Al dar clic permite al profesional colocar la observación y da clic en **Guardar**. Para regresar a la ventana anterior clic en **VOLVER** Figura 44



LECTURA POR GRUPO DE LOS EXAMENES CLINICOS

INFORMACIÓN -> APOYOS DE ESTA EVOLUCION SIN RESULTADOS

EXAMEN CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA ESTADO Sin Pagar

OBSERVACIÓN DEL MÉDICO

Observación del Apoyo Diagnostico

GUARDAR VOLVER

Figura 44 - Realizar interpretación Medica

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

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



Al dar clic muestra el grupo de Exámenes, el profesional registra la observación y da clic en **Guardar**. Figura 45

LECTURA POR GRUPO DE LOS EXAMENES CLINICOS

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

PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION (Resultado:1397710)						
LABORATORIO: COSMITET LTDA. REALIZADO: 2020-02-29 23:07:50 PROFESIONAL: SISTEMA						
EXAMEN	RESULTADO	RANGO NORMAL	FECHA	HORA	INFO. ↓	
PROTEINA C REACTIVA COMENTARIO:	0.11 mg/dl	0 - 0.5 mg/dl	29/02/2020	11:07		

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

NITROGENO UREICO POST DIALISIS (Resultado:1397709)						
LABORATORIO: COSMITET LTDA. REALIZADO: 2020-02-29 23:07:50 PROFESIONAL: SISTEMA						
EXAMEN	RESULTADO	RANGO NORMAL	FECHA	HORA	INFO. ↓	
NITROGENO UREICO EN SUERO COMENTARIO:	92.30 mg/dl	4 - 30 mg/dl	29/02/2020	11:07		

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

CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS (Resultado:1397708)						
LABORATORIO: COSMITET LTDA. REALIZADO: 2020-02-29 23:07:50 PROFESIONAL: SISTEMA						
EXAMEN	RESULTADO	RANGO NORMAL	FECHA	HORA	INFO. ↓	
CREATININA EN SUERO COMENTARIO: VALORES DE REFERENCIA: NEONATOS PREMATUROS: 0.26 - 1.04 mg/dl	0.83 mg/dl	0.5 - 0.9 mg/dl	29/02/2020	11:07		

OBSERVACIÓN DEL MÉDICO

OBSERVACIÓN DE LECTURA

Figura 45 - Interpretación Médica Grupal

Para regresar a la ventana anterior clic en

El registro de la Lectura es almacenado

LECTURAS GRUPALES DE LOS APOYOS SOLICITADOS EN LA EVOLUCIÓN: 6262971

No: 1 EVOLUCIÓN DE LECTURA REGISTRO: 6263906 2020-04-21 11:35:15 PROFESIONAL: MEDICO DE UCI OBSERVACIÓN DE LECTURA OBSERVACIÓN ADICIONAL AL RESULTADO

OBSERVACIÓN DEL MÉDICO

OBSERVACIÓN DE LECTURA

INFORMACIÓN -> OBSERVACION, CLOBO	FECHA OBSERVACION	OBSERVACION	MEDICO OBSERVACION
EVOLUCION 6263906	2020-04-21 11:35:15:663007	OBSERVACION OBSERVACION DE LECTURA	MEDICO DE UCI

Y Leer cambia a **Leído Profesional Dpto.**



Para ingresar otro Apoyo Diagnóstico da clic en **INGRESAR OTROS EXAMENES** se despliega el buscador de apoyos diagnósticos, lo cual se explico en el modulo de apoyos diagnostico.

INGRESO DE OTROS APOYOS DIAGNOSTICOS

BUSQUEDA1

Buscar Por: --Selección-- En Todos

En la parte inferior permite visualizar los exámenes que se han solicitado por fuera de la Historia Clínica. Al dar clic en **Consultar Resultado**. Figura 46

EXAMENES SOLICITADOS FUERA DE LA HISTORIA CLINICA				
FECHA SOLICITUD	EXAMEN	ESTADO	REVISION	FECHA DE REALIZACION
2019-03-04	UROCULTIVO [ANTIQUIMA MIC AUTOMATICO]+			
2019-10-17	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	Resultado Sistema	Consultar Resultado	2019-10-23 14:07:29

Muestra el Examen Clínico y para regresar clic en **VOLVER**

CONSULTA DEL EXAMEN CLINICO							
FECHA Y HORA SOLICITUD:							
FECHA Y HORA TOMADO:							
HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO (Resultado: 1172746)						INFO. 3	
EXAMEN	RESULTADO	RANGO NORMAL	FECHA	HORA			
GLUCULOS BLANCOS	7.26 x10 ⁹ /uL	4.8 - 11 x10 ⁹ /uL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
RECUENTO DE G. ROJOS	3.67 x10 ⁶ / uL	4.8 - 6 x10 ⁶ / uL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
HEMOGLOBINA	8.00 g/dl	12 - 18 g/dl	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
HEMATOCRITO	24.90 %	36 - 52 %	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
NUMERO CORPUSCULAR MEDIO	87.80 fL	80 - 99 fL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
HB CORPUSCULAR MEDIA	21.80 pg	24 - 32 pg	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	33.10 g/dl	31 - 37 g/dl	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
PLAQUETAS	423.10 ⁹ /uL	150 - 450 10 ⁹ /uL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
RDW RD	34.60 fL	35 - 55 fL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
RECUENTO DE BASTOPLOS	0 x10 ³ /uL	1 x10 ³ /uL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
RECUENTO DE BASOPLOS	0 x10 ³ /uL	1 x10 ³ /uL	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
PLS	0.9 %	1 %	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
LD#	0.12	1	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO:							
OBSERVACIONES CUADRO HEMATICO	1	1	23/10/2019	02:07			
COMENTARIO: HIPOCROMIA: ** MICROCITOS: * POLICROMASIA: *							

Figura 46 - Consultar Resultados.

INGRESO DE OTROS APOYOS DIAGNOSTICOS			
BUSQUEDA1	Buscar Por:	En:	Todos
	---Seleccione---		▼
	<input type="text"/>		<input type="button" value="BUSCAR"/>
	<input type="button" value="VOLVER"/>		

5.3 CUMPLIMIENTO A PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

EVOLUCION

Cumplimiento
Procedimientos
Realizados

Permite registrar los procedimientos efectuados durante la Consulta. Se activa el buscador para realizar la consulta por Código o Descripción y da clic en **Buscar**. Figura 47

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS			
ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA			
TIPO:	Todos	DESCRIPCION:	CONSULTA
CARGO:	<input type="text"/>		<input type="button" value="BUSCAR"/>

Figura 47 - Cumplimiento a Procedimientos Realizados.
 Se listan los Procedimientos que cumplan con el filtro y se da clic en **Adicionar**.

PROCEDIMIENTOS ENCONTRADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: CARGO: DESCRIPCION:

RESULTADO DE LA BÚSQUEDA

CARGO	DESCRIPCION	OPCION
890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA ESPECIALIZADA	ADICIONAR
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	ADICIONAR
890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	ADICIONAR
890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	ADICIONAR
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	ADICIONAR
890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	ADICIONAR
890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	ADICIONAR

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

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR


CARGO	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA		1

El Procedimiento es almacenado.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: CARGO: DESCRIPCION:


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

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL

Para ver los detalles se da clic en 

RESUMEN DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

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

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


PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

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

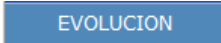
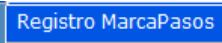
GUARDAR

VOLVER

Para eliminar por evolución el procedimiento se da clic en 

Para Volver se da Clic en **VOLVER**

5.4 REGISTRO DE MARCAPASOS

Al dar clic en **Registro de Marcapasos**   permite registrar la información del Marcapasos y da clic en Guardar. Figura 48

COLOCACION MARCAPASOS

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

FECHA DE COLOCACION	21/04/2020 <input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>
VIA	EPICARDICO
MODO	ASINCRONICO
FRECUENCIA	20
SENSIBILIDAD	1
SALIDA	1

GUARDAR

Figura 48 - Registro de Marcapasos.

La información es almacenada.

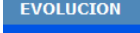



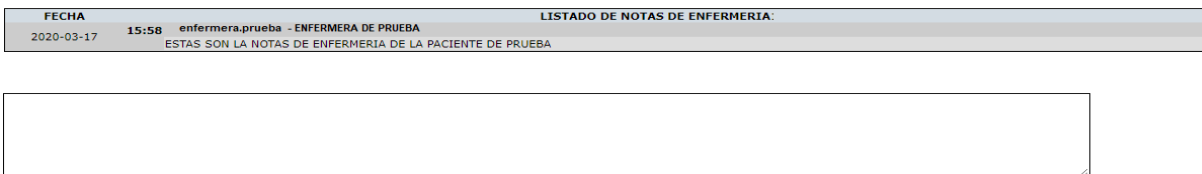
FECHA DE COLOCACION	VIA	MODO	FRECUENCIA	SENSIBILIDAD	SALIDA	USUARIO
21/04/2020	EPICARDICO	ASINCRONICO	20	1.00	1.00	MEDICO DE UCI

Para eliminar el Registro clic en 

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

5.5 NOTAS DE ENFERMERIA.


Al dar clic en **Notas de Enfermería**   Permite al profesional visualizar la notas de enfermería del paciente. Figura 49



FECHA	LISTADO DE NOTAS DE ENFERMERIA:
2020-03-17 15:58 enfermera.prueba - ENFERMERA DE PRUEBA	ESTAS SON LA NOTAS DE ENFERMERIA DE LA PACIENTE DE PRUEBA

Figura 49 - Notas de Enfermería.

5.6 INFORMACIÓN DE CANCER.

Al dar clic en **Información de Cancer.**   permite Registrar o Activar el Paciente con Cancer. Figura 50



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

 REGISTRAR / ACTIVAR PACIENTE CON CANCER

Figura 50 - Información de Cancer.

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

REGISTRO DE PACIENTES CON CANCER

BUSQUEDA DE PACIENTES

TIPO DOCUMENTO: Cédula ciudadanía

DOCUMENTO: 29833028

ESTADO DEL PACIENTE CAMBIADO SATISFACTORIAMENTE A ACTIVO

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

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 Cancer.

QUIMIOTERAPIA

TIPO : 97 - CA CABEZA Y CUELLO: CP

Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHI A UTIL	VOL F SOL(cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción	
POPO0700001 - FOSARPRETANT AMEGLUMINA	1	150.00	Miligramos	150.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Seleción	1.00c	D1 C/3 SEMANAS	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
POPOR0010885 - RANITIDINA (CLORHIDRATO)	1	50.00	Miligramos	50.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Seleción	1.00c	D1 C/3 SEMANAS	1	1	<input type="checkbox"/>
POPO0008042 - ONDANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Seleción	1.00c	D1 C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>
POPO00050603 - DEKAMETASONA	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Seleción	1.00c	D1 C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>
POPOL0161760 - LORATADINA	1	10.00	Miligramos	10.00	--	--	TA	ORAL	N/A	N/A	N/A	N/A	D1 C/3 SEMANAS	1	1	<input type="checkbox"/>

TIPO : 97 - CA CABEZA Y CUELLO: CP

Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tiempo Infusión	VEHI A UTIL	VOL F SOL(cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción	
POPO0360847 - PACITAXEL	0.5	175.00	Superficie corporal	36.25	15%	43.75	SI	INTRAVENOSA	1	Dias	Seleción	1.00c	D1 C/3 SEMANAS	1	0.5	<input checked="" type="checkbox"/>
POPO00170376 - CISPLATINO	2	80.00	Superficie corporal	66.0/66	N/INGL	--	PY	INTRAVENOSA	1	Dias	Seleción	1.00c	D1 C/3 SEMANAS	1	2	<input type="checkbox"/>

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

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

Figura 52 - Diagnostico de Egreso Rips.

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

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

RESULTADO DE LA BUSQUEDA			
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DX PRINCIPAL/SECUNDARIO	TIPO DX OPCION
110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	PRINCIPAL	<input checked="" type="radio"/> ID <input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR
<input type="button" value="ID"/> (ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA <input type="button" value="CN"/> (CN) - CONFIRMADO NUEVO <input type="button" value="CR"/> (CR) - CONFIRMADO REPETIDO			
			<input type="button" value="GUARDAR"/>

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

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

El registro del diagnostico es almacenado.

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

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

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS				
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="button" value="ID"/>	110X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	<input type="button" value="ID"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="button" value="ID"/>	R.509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	<input type="button" value="ID"/>

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Para **Eliminar** el Diagnostico da clic en 


6.2 PROFESIONAL TRATANTE.

Al dar clic en **Profesional Tratante** EGRESO Profesional Tratante Permite registrar y/o seleccionar el nombre del profesional que efectúa la atención del paciente. Figura 53

PROFESIONAL TRATANTE

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

Figura 53 - Profesional Tratante.

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

PROFESIONAL TRATANTE

BUSQUEDA AVANZADA DE PROFESIONALES

CODIGO:	NOMBRE: ADOLFO	ESPECIALIDAD:	<input type="button" value="BUSCAR"/>
---------	----------------	---------------	---------------------------------------

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

PROFESIONAL TRATANTE

BUSQUEDA AVANZADA DE PROFESIONALES

CODIGO:	NOMBRE:	ESPECIALIDAD:	<input type="button" value="BUSCAR"/>
---------	---------	---------------	---------------------------------------


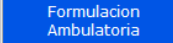
ID	NOMBRE	ESPECIALIDAD	TIPO
94327367	ADOLFO DIDIER GONZALEZ QUINTERO	OTORRINOLARINGOLOGO	<input type="radio"/>
1111784841	ADOLFO ESTIVEN LOPEZ SALAZAR	FISIOTERAPEUTA	<input type="radio"/>
76225000	ADOLFO LEON SAAVEDRA ABADIA	OTRAS ESPECIALIDADES	<input type="radio"/>
17330442	ADOLFO LEON SAAVEDRA ABADIA	TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA	<input type="radio"/>
17330442	ADOLFO LEON SAAVEDRA (APOYO)	TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA	<input type="radio"/>
18516386	BETANCUR GUSTAVO ADOLFO	FISIOTERAPEUTA	<input type="radio"/>
1061704143	GUSTAVO ADOLFO CHCANGANA FIGUEROA	ANESTESIOLOGO	<input type="radio"/>
14895611	GUSTAVO ADOLFO CRUZ	PEDIATRA	<input type="radio"/>
16752380	GUSTAVO ADOLFO MONTERO RINCON	CARDIOLOGO	<input type="radio"/>
16752380	GUSTAVO ADOLFO MONTERO RINCON	ELECTROFISILOGO - ARRITMILOGO	<input type="radio"/>
16705068	GUSTAVO ADOLFO ORDOÑEZ ARANA	NEUMOLOGO PEDIATRA	<input type="radio"/>
94491665	GUSTAVO ADOLFO RINCON ESCOBAR	TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA	<input type="radio"/>
1113621805	GUSTAVO ADOLFO ROCHA OCAMITO	MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
14624849	GUSTAVO ADOLFO SUAREZ JARAMILLO	MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
79308706	GUSTAVO ADOLFO VALDERRAMA HERNANDEZ	CIRUJANO DEL TORAX	<input type="radio"/>
75087501	GUTAVO ADOLFO RODRIGUEZ SALDARRIAGA	MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
16750243	HECTOR ADOLFO SAA VALENCIA	MEDICINA FAMILIAR	<input type="radio"/>
7335196	MIGUEL ADOLFO PARDO	ONCOLOGO	<input type="radio"/>
76327763	VICTOR ADOLFO HOLGUIN PRIETO	INTERNISTA	<input type="radio"/>

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

PROFESIONAL TRATANTE			
PROFESIONAL TRATANTE ACTUAL			
PROFESIONAL	OTORRINOLARINGOLOGO	ESPECIALIDAD	EDITAR
ADOLFO DIDIER GONZALEZ QUINTERO			
INGRESO 2494251	HISTORIAL DE PROFESIONALES TRATANTES ADOLFO DIDIER GONZALEZ QUINTERO	ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGO	FECHA REGISTRO 2020-03-19 11:03:12
INGRESO: 2494251 FECHA Y VIA DE INGRESO: (12 / 3 / 2020) -			

Para Editar dar clic en 

6.3 FORMULA AMBULATORIA.

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

6.3.1 FORMULACION DEMEDCIAMENTOS.

Se muestra la ventana de Búsqueda, la cual se puede realizar por Tipo, Producto o Principio Activo y dar clic en **Buscar**. Figura 54


SOLICITUD DE MEDICAMENTOS			
ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA			
TIPO	PRODUCTO:	PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO:	Buscar
Todos	ACETAMIN		
CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD			
SOLICITAR INSUMOS			

Figura 54 - Formulación Ambulatoria.

Se selecciona el medicamento.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS							
ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA							
TIPO	PRODUCTO:	PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO:	Buscar				
CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD							
SOLICITAR INSUMOS							
CODIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	ANATOFARMACOLOGICO	FORMA	CONCENTRACION	OP	
POS	FOFOA0010244	ACETAMINOFEN 100MG SOLUCION ORAL.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	ORAL	100MG	
POS	FOFOA0010245	ACETAMINOFEN 150MG/5ML SOLUCION ORAL.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	ORAL	150MG/5ML 20	
POS	FOFOA0011224	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500MG 1	
NO POS	FOFOA0011225	ACETAMINOFEN 665MG TABLETA.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	665MG 1	
NO POS	FOFOA0011226	ACETAMINOFEN 1g/100ml SOLUCION INYECTABLE.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	SOLUCION INYECTABLE	1g/100ml 70	
NO POS	FOFOA0511226	ACETAMINOFEN+CAFEINA 500/65MG TABLETA.	ACETAMINOFEN+CAFEINA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500/65MG 1	
NO POS	FOFOA0511227	ACETAMINOFEN+CAFEINA 500+50MG TABLETA.	ACETAMINOFEN+CAFEINA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500+50MG	
NO POS	FOFOA0521228	ACETAMINOFEN+CAFEINA+FENILEFRINA 500+5+25MG TABLETA.	ACETAMINOFEN+CAFEINA+FENILEFRINA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	.1	
NO POS	FOFOA0561238	ACETAMINOFEN+FENILEFRINA HCl + CLORFENIRAMINA MALEATO+CAFEINA ANHIDRA 500mg TABLETA.	ACETAMINOFEN+FENILEFRINA HCl + CLORFENIRAMINA MALEATO+CAFEINA ANHIDRA	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA	500mg	

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

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

FORMULACION DE MEDICAMENTOS				
POS	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	500MG	TABLETA
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL			
DOSIS:	1 TABLETA (S)	FRECUENCIA MEDICAMENTOS	CADA: 12 Hora(s)	TRANSCRIBIR POR <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
DIAS TRATAMIENTO:	90			3 Meses <input type="radio"/> PACIENTE CRONICO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO				
MEDICAMENTO FORMULADO PARA REALIZAR MANUALES DIGITALES				
GUARDAR		CANCELAR		

El medicamento es almacenado

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS


ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos PRODUCTO: ACETAMIN PRINCIPIO ACTIVO/COD.: ANATOFARMACOLOGICO:

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD SOLICITAR INSUMOS


MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS	
ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN) VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)	FORMULO: Medico de Pruebas Dussot MEDICAMENTO POS
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO	
MEDICAMENTO FORMULADO PARA REALIZAR MANUALES DIGITALES	

Para Cancelar da clic **CANCELAR**

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

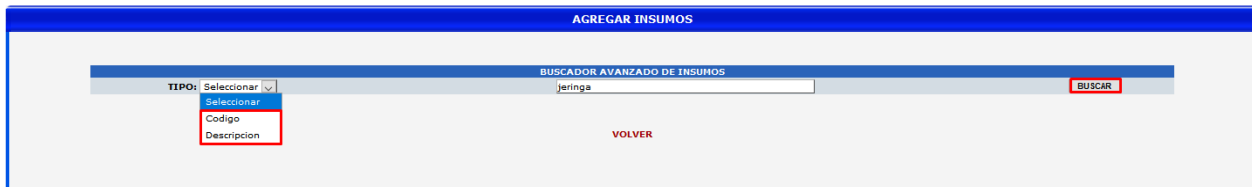
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

FORMULACION DE MEDICAMENTOS				
POS	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS	ACETAMINOFEN	500MG	TABLETA
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL			
DOSIS:	1.00 TABLETA (S)	FRECUENCIA MEDICAMENTOS	CADA: 12 Hora(s)	TRANSCRIBIR POR <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
DIAS TRATAMIENTO:	30			1 Mes <input type="radio"/>
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO				
MEDICAMENTO FORMULADO PARA REALIZAR MANUALES DIGITALES				
GUARDAR		CANCELAR		

Para Eliminar da clic en 

6.3.2 FORMULACION DE INSUMOS.

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

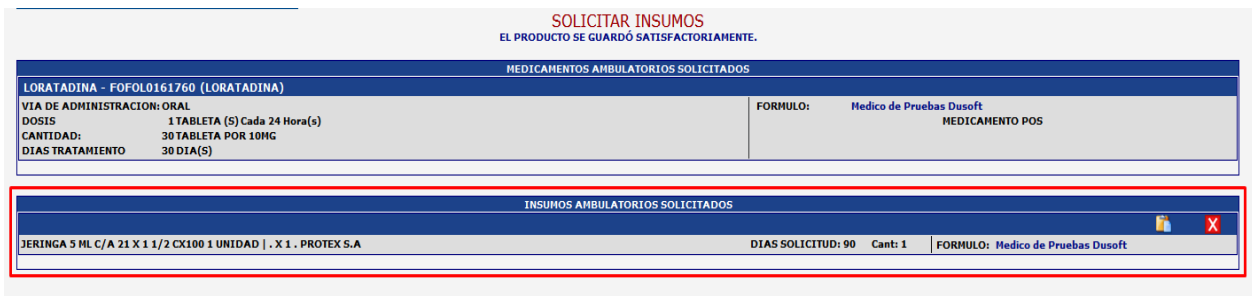


Se visualizan los insumos que cumple con los criterios de Búsqueda, Se selecciona el insumo, la cantidad, si se transcribe y da clic en **Agregar**.



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


El insumo es almacenado.



SOLICITAR INSUMOS
EL PRODUCTO SE GUARDÓ SATISFACTORIAMENTE.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS	
LORATADINA - FOFOL0161760 (LORATADINA)	
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL	FORMULO: Medico de Pruebas Dusoft
DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 24 Hora(s)	MEDICAMENTO POS
CANTIDAD: 30 TABLETA POR 10MG	
DÍAS TRATAMIENTO: 30 DÍA(S)	

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS		
JERINGA 5 ML C/A 21 X 1 1/2 CX100 1 UNIDAD . X 1 . PROTEX S.A	DÍAS SOLICITUD: 90 Cant: 1	FORMULO: Medico de Pruebas Dusoft

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

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS			
ID	PRODUCTO	CANT	TRANSCRIBIR POR
22033000020973	JERINGA 5 ML C/A 21 X 1 1/2 HADHOS CX100 1 UNIDAD . X 1 . DUMIAN MEDICAL S.A.S	2	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<input type="button" value="GUARDAR"/>		<input type="button" value="CANCELAR"/>	

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

6.4 GENERACION DE LA INCAPACIDAD.

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

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

Y dar clic en **Guardar Incapacidad.** Figura 55.


GENERACION DE INCAPACIDAD MEDICA						
* TIPO DE INCAPACIDAD * NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD * CIUDAD DONDE LABORA * DEPENDENCIA			GENERAR INCAPACIDAD			
<input type="text" value="Incapacidad por Enfermedad General"/>			<input type="text" value="24/03/2020"/> [dd/mm/aaaa]		PRORROGA: NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	
<input type="text" value="1"/>			<input type="text" value="CALI-VALLE DEL CAUCA"/>		<input type="text" value="INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)"/>	
ES LA OBSERVACION MEDICA						
TIPO DX <input type="button" value="IMPRESION DIAGNOSTICA"/>		CODIGO R509		DIAGNOSTICOS FIEBRE, NO ESPECIFICADA		<input type="button" value="ELIMINAR"/>
<input type="button" value="CONFIRMADO NUEVO"/>		<input type="button" value="CONFIRMADO REPETIDO"/>		<input type="button" value="GUARDAR INCAPACIDAD"/>		
HISTORIAL DE INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS						
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	FECHA DE FINALIZACION	CIUDAD LABORAL
No tiene historial disponible						

Figura 55 – Generación de la Incapacidad.


La Incapacidad es registrada y se activa las opciones de la Figura 56

GENERACION DE INCAPACIDAD MEDICA							
DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.							
INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS							
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	DEPENDENCIA	CIUDAD LABORAL	OPCION
6265724	ES LA OBSERVACIÓN MEDICA	Incapacidad por Enfermedad General	2	24/3/2020	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)	CALI-VALLE DEL CAUCA	<input type="button" value="Modificar Incapacidad"/> <input type="button" value="Dar Prorroga"/> <input type="button" value="Eliminar"/> <input type="button" value="Volver"/>

Figura 56 – Opciones de la Incapacidad.


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

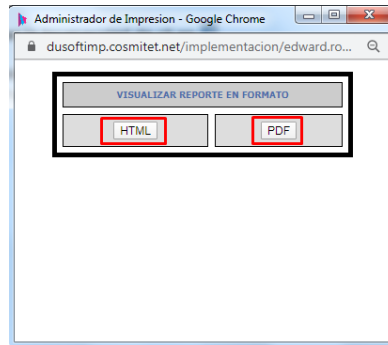
MODIFICACION DE LA INCAPACIDAD GENERADA							
MODIFICACION DE LA INCAPACIDAD GENERADA EVOLUCION: 6265724							
* TIPO DE INCAPACIDAD	Incapacidad por Enfermedad General			FECHA INICIO:	24/03/2020 [dd/mm/aaaa]		
* NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD	2			PRORROGA:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>		
* CIUDAD DONDE LABORA	CALI-VALLE DEL CAUCA						
* DEPENDENCIA	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)						
OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD							
ES LA OBSERVACIÓN MEDICA							
TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS		DIAGNOSTICO	ELIMINAR		
<input type="button" value="ID"/>	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA			<input type="button" value="ID"/>		
<input type="button" value="ID"/>	<input type="button" value="ID"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="button" value="ID"/>		
IMPRESION DIAGNOSTICA		CONFIRMADO NUEVO		CONFIRMADO REPETIDO			
<input type="button" value="MODIFICAR INCAPACIDAD"/>							
<input type="button" value="VOLVER"/>							
HISTORIAL DE INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS							
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	FECHA DE FINALIZACION	DEPENDENCIA	CIUDAD LABORAL
6265724	ES LA OBSERVACIÓN MEDICA	Incapacidad por Enfermedad General	2	24/3/2020	25/3/2020	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)	CALI-VALLE DEL CAUCA

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

PRORROGA DE LA INCAPACIDAD GENERADA							
PRORROGA DE LA INCAPACIDAD GENERADA EVOLUCION: 6265724							
* TIPO DE INCAPACIDAD	Incapacidad por Enfermedad General			FECHA INICIO:	26/03/2020 [dd/mm/aaaa]		
* NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD	2			PRORROGA:	NO <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/>		
* CIUDAD DONDE LABORA	CALI-VALLE DEL CAUCA						
* DEPENDENCIA	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)						
OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD							
ES LA OBSERVACIÓN MEDICA							
TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS		DIAGNOSTICO	ELIMINAR		
<input type="button" value="ID"/>	R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA			<input type="button" value="ID"/>		
<input type="button" value="ID"/>	<input type="button" value="ID"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="button" value="ID"/>		
IMPRESION DIAGNOSTICA		CONFIRMADO NUEVO		CONFIRMADO REPETIDO			
<input type="button" value="GUARDAR PRORROGA"/>							
<input type="button" value="VOLVER"/>							
HISTORIAL DE INCAPACIDADES MEDICAS GENERADAS							
No. EVOLUCION	OBSERVACION DE LA INCAPACIDAD	TIPO DE INCAPACIDAD	DIAS DE INCAPACIDAD	FECHA DE EMISION	FECHA DE FINALIZACION	DEPENDENCIA	CIUDAD LABORAL
6265724	ES LA OBSERVACIÓN MEDICA	Incapacidad por Enfermedad General	2	24/3/2020	25/03/2020	INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007131)	CALI-VALLE DEL CAUCA

Para **Eliminar** la Incapacidad da clic en 


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



Impresión de la Incapacidad.

INCAPACIDAD MEDICA #6265724					
IDENTIFICACION: CC 1030522904	NOMBRE: PACIENTE DE PRUEBAS	HC: 1030522904 - CC	EDAD: 34 Años	SEXO: F	
FECHA DE INGRESO: 2020-03-12	No. INGRESO: 2424251	FECHA SOLICITUD: 2020-03-24			
CLIENTE: URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019	PLAN: URG-VITAL COOMEVA CONTRIBUTIVO 2019	TIPO AFILIADO: COTIZANTE	RANGO: C		
Ciudad donde labora: CALI-VALLE DEL CAUCA				DEPENDENCIA: INSTITUCION EDUCATIVA CARLOS HOLMES TRUJILLO - CALI (176001007133)	
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL					
TERCERO:		URGENCIAS			
SERVICIO:		2020-03-24			
FECHA DE EMISION:		2020-03-25			
FECHA DE TERMINACION:		2			
DURACION:		NO			
PRORROGA:					
OBSERVACION:	• ES LA OBSERVACIÓN MEDICA				
DIAGNOSTICO(S):	R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA				
MEDICO TRATANTE					
MEDICO PRUEBAS	CC - 79182026				

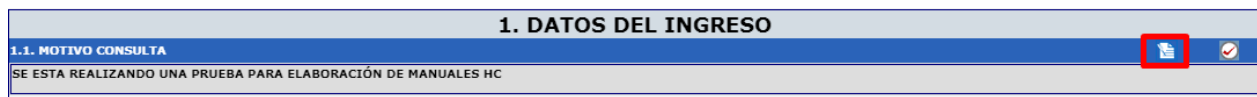
6.5 EPICRISIS.

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

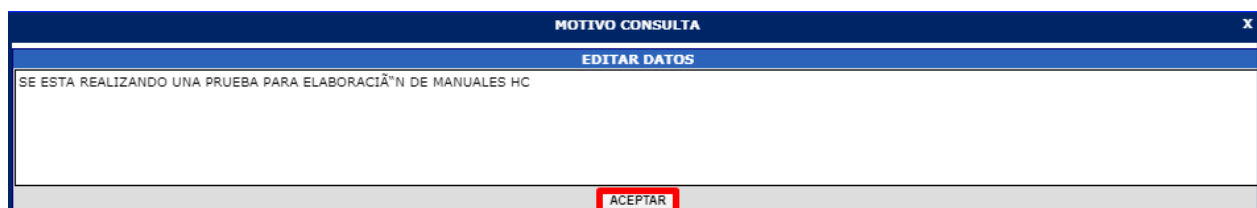
- ✓ Motivo de consulta.
- ✓ Estado General y Enfermedad Actual.
- ✓ Antecedentes personales.
- ✓ Examen físico

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

6.5.1 Motivo de Consulta.



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



6.5.2 Estado General y Enfermedad Actual



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

ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL	
EDITAR DATOS	
SE ESTA REALIZANDO UNA PRUEBA PARA ELABORACIÓN DE MANUALES HC	
ACEPTAR	

6.5.3 Antecedentes Personales.

1.3. ANTECEDENTES PERSONALES	
ACEPTAR	

Al dar clic muestra los antecedente personales, permite modificarlo y da clic en Aceptar

ANTECEDENTES PERSONALES	
ANTECEDENTES	
hctad: 8	
hctap: 6 Actividad Física	SI - PRUEBA - TRES VECES POR SEMANA, SI - TRES VECES POR SEMANA
ACEPTAR	

6.5.4 Examen Físico.

1.4. EXAMEN FISICO	
NEUROLOGICO (1)	NORMAL
HALLAZGOS	
SISTEMAS EVALUADOS CON NORMALIDAD	

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

EXAMEN FISICO X

NEUROLOGICO NORMAL
(1)

HALLAZGOS

SISTEMAS EVALUADOS CON NORMALIDAD

GUARDAR

6.5.5 Apoyos Diagnósticos.

1.5. APOYOS DIAGNOSTICOS [Iconos]

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

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

APOYOS DIAGNOSTICOS X

EDITAR DATOS

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

ACEPTAR

6.5.6 Diagnostico de Ingreso.

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

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

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

Como se puede observar en la imagen.

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

6.5.7 Datos de la Evolución.

2.1. DATOS DE LA EVOLUCION	
2020-03-13 15:26:33 PROFESIONAL: MEDICO PRUEBAS ANALISIS (JUSTIFICACION): ANÁLISIS INTER. APOYO DIAGNOSTICO: INTERPRETACIÓN INTER. ESTUDIOS IMAGENOLOGIA: INTERPRETACIÓN	

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

DATOS DE LA EVOLUCION	
EDITAR DATOS	
2020-03-13 15:26:33 PROFESIONAL: MEDICO PRUEBAS ANALISIS (JUSTIFICACION): ANÁLISIS INTER. APOYO DIAGNOSTICO: INTERPRETACIÓN INTER. ESTUDIOS IMAGENOLOGIA: INTERPRETACIÓN	
<input type="button" value="ACEPTAR"/>	

6.5.8 Medicamentos.

2.2. MEDICAMENTOS	
LOPERAMIDA	

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

MEDICAMENTOS	
EDITAR DATOS	
LOPERAMIDA	
<input type="button" value="ACEPTAR"/>	

6.5.9 Signos de Alarma.

2.3. SIGNOS DE ALARMA

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

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

6.5.10 Se Entrega Plan de Recomendaciones.

2.4. SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES

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

SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES					
PLAN DE RECOMENDACIONES 13					
<input checked="" type="checkbox"/> Otra					
OTRA RECOMENDACIÓN					
RECOMENDACIONES DEL DIAGNOSTICO (110X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA))					
* Consumir alimentos Bajos en Sal	* Realizar ejercicio diariamente	* No tomar Bebidas alcoholicas	* Realizar ejercicio semanalmente	* Valoracion Medica Para Exámenes de Rutina	* Realizarse exámenes periodicos
<input type="button" value="GUARDAR"/>					

El plan de Recomendaciones es almacenado. Nota: Es de carácter obligatorio

2.4. SE ENTREGA PLAN DE RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES GENERALES
* OTRA RECOMENDACIÓN
RECOMENDACIONES POR DIAGNOSTICO (110X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA))
* Consumir alimentos Bajos en Sal
* Realizar ejercicio diariamente
* No tomar Bebidas alcoholicas
* Realizar ejercicio semanalmente
* Valoracion Medica Para Exámenes de Rutina
* Realizarse exámenes periodicos

6.5.11 Se da Cita Medica para Control.

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

2.5. SE DA ORDEN DE CITA MEDICA PARA CONTROL
NO TIENE ORDEN DE INTERCONSULTA. <input type="button" value="IR A SOLICITAR LA INTERCONSULTA"/>

6.5.12 Se Entrega y Explica Formulación Medica.

2.6. SE ENTREGA Y EXPLICA LA FORMULACIÓN MEDICA
SI, TIENE FORMULA MEDICA

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

SE ENTREGA Y EXPLICA LA FORMULACIÓN MEDICA
<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

6.5.13 Se Remite a su Asegurador para Formulación Medica.

2.7. SE REMITE A SU ASEGURADOR PARA FORMULACIÓN MEDICA  

Al dar clic permite selecciona si **Si** o **No** o **No Aplica**.

SE REMITE A SU ASEGURADOR PARA FORMULACIÓN MEDICA X

SI NO NO APLICA

6.5.14 Plan de Seguimiento.

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

3.1. PLAN DE SEGUIMIENTO

6.5.15 Diagnostico de Egreso

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

3.2. DIAGNOSTICOS DE EGRESO  

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	IMPRESION DIAGNOSTICA	P

DIAGNOSTICOS DE EGRESO X

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

6.5.16 Causa de Salida

7. TERAPIAS DE REHABILITACION

Al dar clic en **Terapias de Rehabilitación** se despliega el siguiente menú de opciones.
Figura 57



Figura 57 – Menu Terapias de Rehabilitación.

7.1 Terapias de Recuperación.

Al dar clic en **TERAPIAS DE REHABILITACION** permite al profesional cuando considere necesario registrar algún tipo de terapia que el paciente requiera y da clic en **Insertar**. Figura 58



Figura 58 – Terapias de Recuperación.

7.2 Test de Caminata.

Al dar clic en **Test De Caminata** permite registrar al profesional el test de los 6 minutos para los pacientes que lo requieran para la enfermedad respiratorias crónica que presenten. Registra la información y da clic en **Guardar**. Figura 59.

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

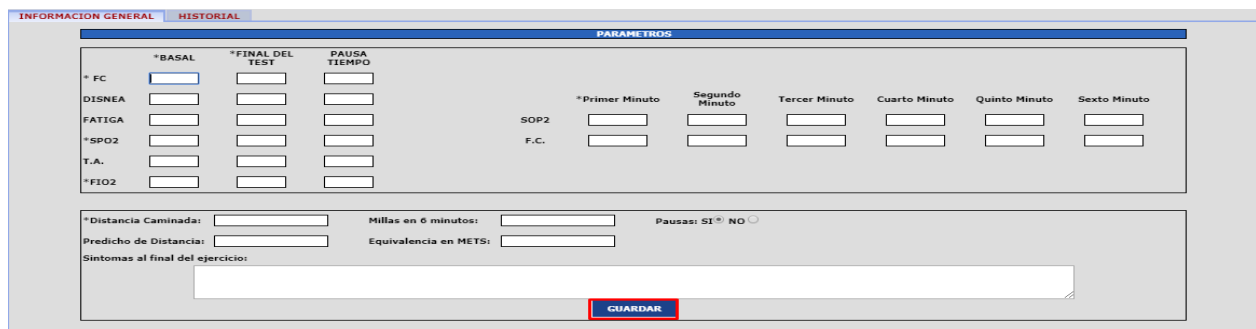


Figura 59 – Test de Caminata.

8. UNIDAD RENAL

Al dar clic en **Unidad Renal** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 60



Figura 60 – Unidad Renal

8.1 Procedimientos

Al dar clic en **Procedimientos** **UNIDAD RENAL** **Procedimientos** Permite registrar la información de procedimientos realizados a pacientes con alteraciones renales. Debe seleccionar: Tipo de Procedimiento Inserción o Retiro, **Tipo de Catéter** Yugular, Femoral o Peritoneal, Describir el procedimiento, Posibles Complicaciones y dar clic en **Guardar**. Figura 61



UNIDAD RENAL

PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL HISTORIAL

TIPO DE PROCEDIMIENTO INSERCIÓN

TIPO DE CATETER YUGULAR

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

COMPLICACIONES

POSIBLES COMPLICACIONES

GUARDAR

Figura 61 – Procedimientos

Para ver el Historial Clic en **HISTORIAL**



UNIDAD RENAL

PROCEDIMIENTOS UNIDAD RENAL HISTORIAL

EVOLUCION	FECHA	MEDICO DE UCI	USUARIO	OP
0265906	2020-04-21	MEDICO DE UCI		VER

Para ver el registro clic en **Ver**. Muestra la información del Procedimiento y clic en **Cerrar** para regresar a la ventana anterior.



9. CIRUGIA PROCEDIMIENTOS

Al dar clic en **Cirugía Procedimientos** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 62

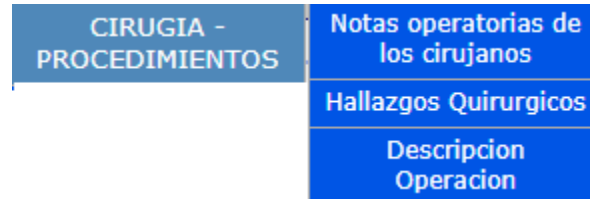

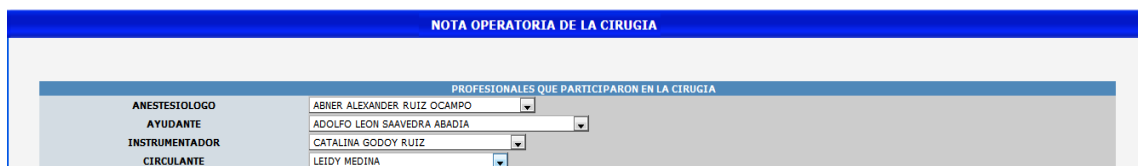


Figura 62 – Cirugía Procedimientos

9.1 Notas Operatorias.

Al dar clic en **Notas Operatorias**  Permite las notas operatorias del paciente para lo cual debe registrar la información de:

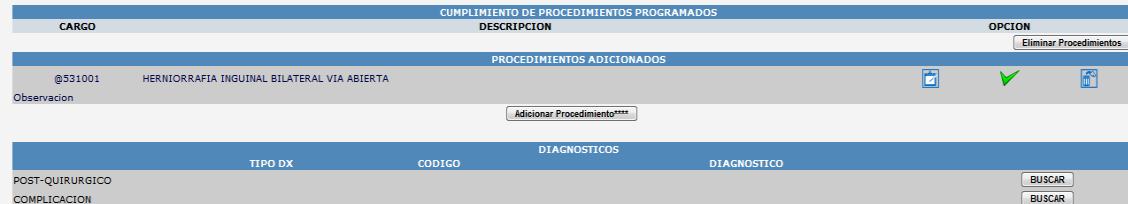
- ✓ **Profesionales que Participaron en la Cirugía:** se registra la información de los profesionales que participaron en la cirugía.



- ✓ **Clasificación de la Cirugía:** se registra la información de la Cirugía.



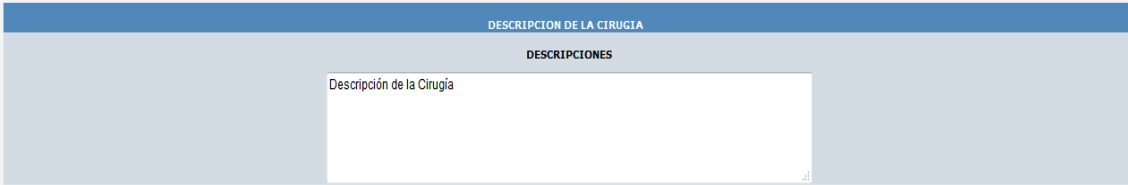
- ✓ **Cumplimiento a Procedimientos Programados:** permite registrar o Elimina la información de los procedimientos efectuados en la Cirugía, además permite registrar el diagnóstico Postquirúrgico y de complicación.



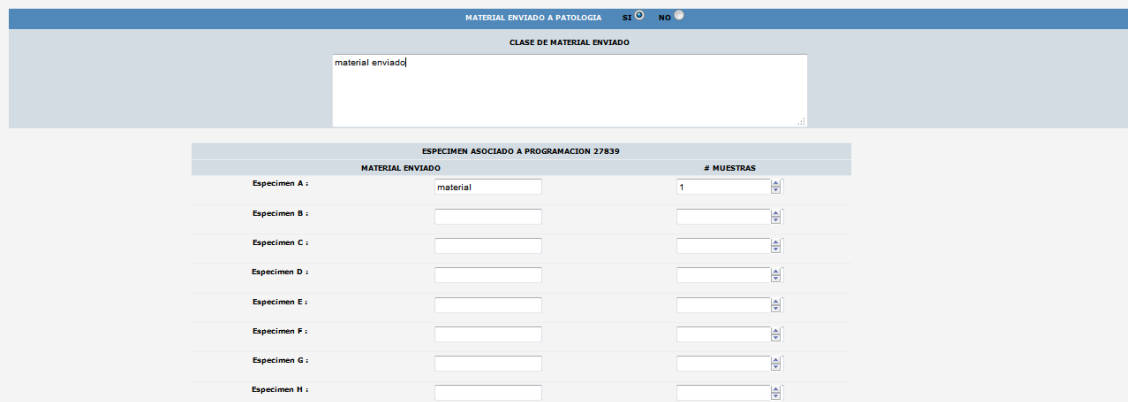
- ✓ **Hallazgos de la Cirugía:** permite registrar los Hallazgos Durante la Cirugía



- ✓ **Descripción de la Cirugía:** permite describir lo que se efectuó en la cirugía al paciente.



- ✓ **Material Enviado a Patología:** permite registrar si se envió o no material a Patología y que clase de Material.



ESPECIMEN ASOCIADO A PROGRAMACION 27839	
MATERIAL ENVIADO	# MUESTRAS
Especimen A : material	1
Especimen B :	
Especimen C :	
Especimen D :	
Especimen E :	
Especimen F :	
Especimen G :	
Especimen H :	

- ✓ **Cultivo Enviado:** permite registrar al seleccionar **Cultivo Enviado** y la observación. Se da clic en **Guardar Nota.** Figura 66

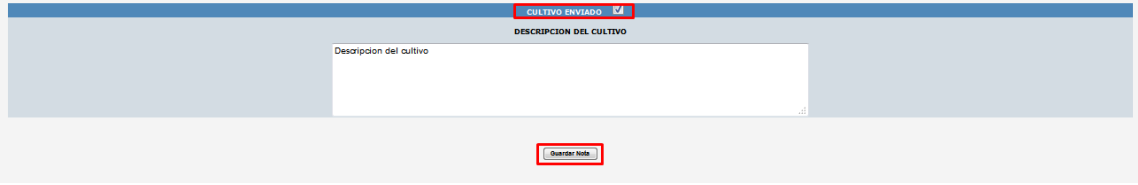


Figura 66 – Nota Operatoria

9.2 Hallazgos Quirúrgicos.

Al dar clic en **Hallazgos Quirúrgicos** **CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS** **Hallazgos Quirurgicos** permite registrar al profesional los Hallazgos encontrados en el procedimiento quirúrgico y da clic en **Insertar.** Figura 63



Figura 63 – Hallazgos Quirúrgicos.

La información es almacenada con fecha, hora, usuario y Profesional que lo realizo.



FECHA	09:13 medicos.uci - MEDICO DE UCI	HALLAZGOS DE LA CIRUGIA
2020-04-22	09:13 medicos.uci - MEDICO DE UCI	Hallazgos del Procedimiento

9.3 Descripción Operación.

Al dar clic en **Descripción Operación** **CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS** **Descripcion Operacion** permite registrar al profesional la descripción de la intervención quirúrgica realizada y da clic en **Insertar.** Figura 64



Figura 64 – Descripción Operación.

La información es almacenada con fecha, hora, usuario y Profesional que lo realizo.



FECHA	DESCRIPCION DE LA CIRUGIA
2020-04-22 09:27 medico.uci - MEDICO DE UCI	Se registra el procedimiento quirurgico

10. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.

Al dar clic en **CONSENTIMIENTOS INFORMADOS** **Consentimientos Informados** Permite registra al profesional cuando se entrega y se explica al paciente los consentimientos informados para que sean firmados. Además le permite visualizar la confirmación e Historial. Figura 65

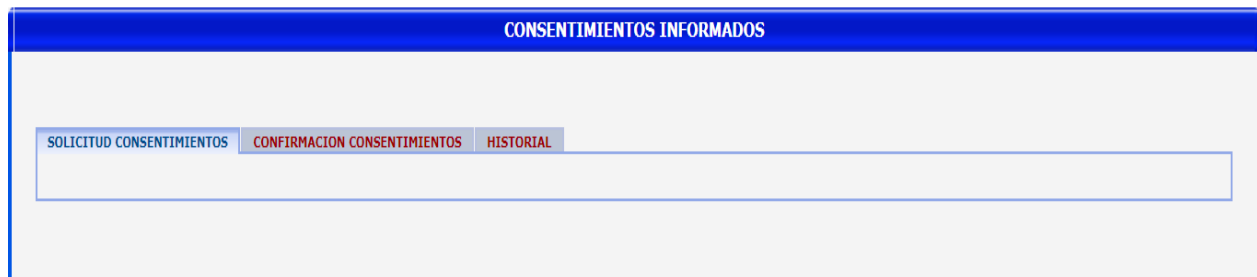


Figura 65 – Consentimientos Informados.

11. ANESTESIOLOGIA.

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

✓ **Signos Vitales y Diagnostico Ingreso.**

EVALUACIÓN PREANESTESICA														
SIGNOS VITALES														
FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIC	PIA	PESO (Kg)	TALLA (CM)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.		TEMP.
2020-03-01	00:00:00	--	93	18	--	--	--	50.00	0	220 / 61	114	Miembro Superior Derecho(NINV)		36.80
PPS	PPD	PPM	PCP	PAM	CC	PPC	SC	IC	IS	IRVS	IRVP	ITVI	ITVD	SAT O ₂
--	--	--	--	124.00	--	--	--	--	--	--	--	--	--	97.00

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

IMPRESION DIAGNOSTICA
 CONFIRMADO NUEVO
 CONFIRMADO REPETIDO

CODIGO:
 DIAGNOSTICO:
 BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS
 BUSQUEDA

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

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

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
BUSQUEDA AVANZADA
 TIPO:
 CARGO:
 DESCRIPCION:

✓ **Cardio Vascular.**

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

OBSERVACION

SE COLOCA LA OBSERVACIÓN

✓ **Respiratoria.**

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

OBSERVACION

SE COLOCA LA OBSERVACIÓN

✓ **Metabólico**

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

✓ **Gastrointestinal**

GASTROINTESTINAL
OBSERVACION
GASTROINTESTINAL

✓ **Renal**

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

✓ **Neurológico**

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

✓ **Musculo Esquelético**

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

✓ **Hematológico**

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

✓ **Hepático**

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

✓ **Otros**

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

✓ **Gineco - Obstétricos**

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

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

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

Selecciona el apoyo diagnostico y clic en ADD.

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

El apoyo Diagnostico es almacenado.

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

Para Eliminar clic en **ELIMINAR**

✓ **Indice de Trauma**

INDICE DE TRAUMA	
EL PACIENTE AUN NO PRESENTA INDICES DE TRAUMA	

✓ **Plan Anestésico**

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

Al dar clic en Autoriza el Procedimiento se muestra el consentimiento informado para el Plan Anestésico. Se registra la información y clic en **Guardar**. Figura 66

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

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

NOMBRE COMPLETO: PACIENTE DE PRUEBA

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

PARENTESCO: PADRE, HERMANO(A), ESPOSO(A), HIJO(A), OTRO, CUAL

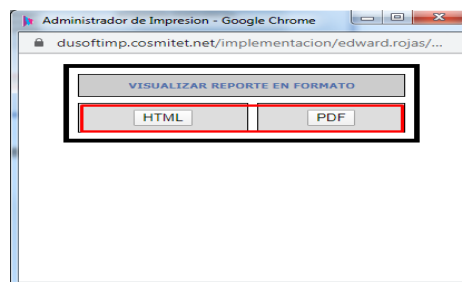
BAJO ANESTESIA: GENERAL, INHALATORIA, PEDIRUDAL, SEDACION, RAQUIDEA, GENERAL ENDOVENOSA, GENERAL COMBINADA, BLOQUEOS PERIFERICOS

GUARDAR

IMPRIMIR CONSENTIMIENTO ANESTESICO

Figura 66 – Evaluación Preanestésica.

Para imprimir da clic en Imprimir Consentimiento Informado.



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

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

Logo Cosmitet

GESTIÓN DE CIRUGIA
POR (Logo Cosmitet), CALIDAD Y TRAZABILIDAD EN EL MANEJO DE NUESTROS USUARIOS
EN QUIRÓFANOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO
(Ordenado por el artículo 15 de la ley 23/81 y por los derechos del paciente)

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

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

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

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

Para Almacenar la Evaluación Preanestesica da Clic en Guardar.



12.ECOCARDIOGRAMAS.

Al dar clic en **Ecocardiogramas** se despliega el siguiente menú de opciones. Figura 67

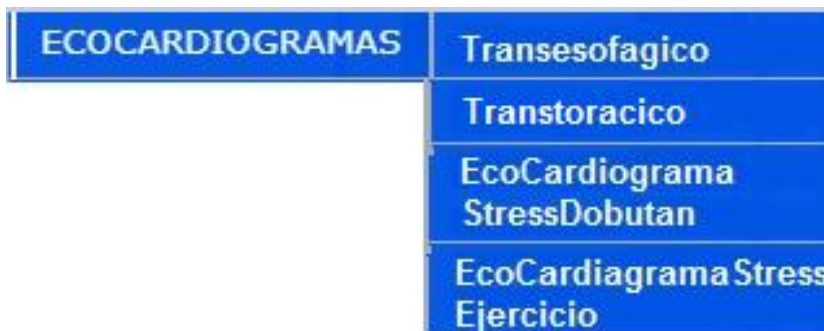



Figura 67 – Menu Eco cardiogramas.

12.1 Transeesofagico.

Al dar clic en  Permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 68

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

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

PESO	TALLA	FRECUENCIA	TENSION ARTERIAL	
70.00 Kg.	1170 Cm.	35 X min.	110	/ 70 SITIO
Membro Superior Derecho(NNV) ▼				

MEDIDAS GENERALES				
Modo M - 2D		Volumenes - Doppler	Doppler - Tisular - Strain	Doppler - Tisular
Raiz Aortica (mm)	1	AI Simpson (mL/m ²)	Válvula Mitrál	Válvula tricúspide
Aur. Iz Ant-Post (mm)	1	AD Simpson (mL/m ²)	Onda E (cm/seg)	Onda E (cm/seg)
Pared Anteroseptal (mm)		Válvula Aórtica	Onda A (cm/seg)	Onda A (cm/seg)
Diam. Diastólico (mm)		Diámetro TSVI (mm)	Relación E/A	Onda s (cm/s)
Diam. Sistólico (mm)		VTI Tracto salida (cm)	T. Desaceleración (ms)	Onda e (cm/s)
Pared Inferolateral (mm)		Diám Anillo Aórt (mm)	T. Hemipresión (ms)	Vel. Reg. Tricus (m/s)
Espesor Relativo Pared		V max Aórtica (m/seg)	Vel A (mseg)	Ventrículo Derecho
Indice de masa (g/m ²)		VTI Aórtico (cm)	Vel Ar (mseg)	Pared Anterolat (mm)
VFD Simpson Mod (mL)	1	Válvula Pulmonar	Onda s(prom) (cm/s)	1 TAPSE (mm)
VFS Simpson Mod (mL)		Diám. TSVI (mm)	Onda e(prom) (cm/s)	Diam Basal (mm)
MAPSE (mm)		V. Max Pulm (m/seg)	Onda s(prom) (cm/s)	Diámetro medio (mm)
Acont. Fraccional (%)		VTI Pulmonar (cm)	Relación E/e	Área Camb Fracc (%)
Freción Eyeción VI (%)		T. Acelerac. (mseg)	Def. Long. Global (%)	Vena cava Inf (mm)

Guardar

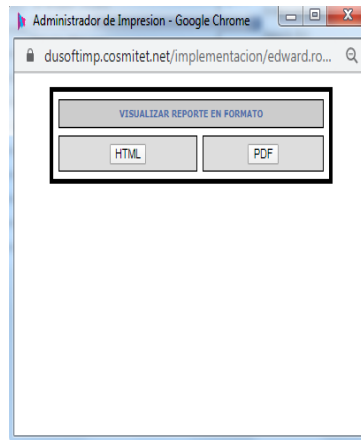
Figura 68 – Transesofagico

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

Actualizar

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

Imprimir



Se genera la impresión.

[IMAGE]

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

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

Equipo : GE VIVID-I

Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS

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

Ritmo : Sinusual

Medidas Generales

Permite visualizar el **Histórico**.

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

12.2. Transtoracico.

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

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

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

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

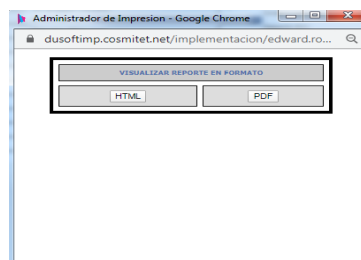
MEDIDAS GENERALES				
Modo M - 2D	Volúmenes - Doppler	Doppler - Tisular - Strain	Doppler - Tisular	Válvula tricuspide
Raiz Aórtica (mm)	2	Válvula Mitrál	2	Onda E (cm/seg)
Aur. Iz Ant-Post (mm)	AI Simpson (mL/m ²)	Onda A (cm/seg)		Onda A (cm/seg)
Pared Anteroseptal (mm)	AD Simpson (mL/m ²)	Relación E/A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

Guardar

Figura 69 – Transtoracico.

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

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



Se genera la impresión.

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

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

Equipo: GE VIVIDI

Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS

Ventana Acustica : Adecuada

Ritmo : Sinusual

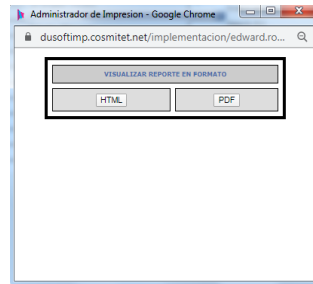
Medidas Generales

Permite visualizar el **Histórico**.

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

12.3. EcoCardiograma StressDobutan.

Al dar clic en [ECOCARDIOGRAMAS](#) [EcoCardiograma StressDobutan](#) Permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 70



Se genera la impresión.

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

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

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

Permite visualizar el **Histórico**.

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

12.4. EcoCardiograma StressEjercicio.

Al dar clic en **ECOCARDIOGRAMAS** **EcoCardiograma Stress Ejercicio** Permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 71

ECO CARDIOGRAMA STRESS EJERCICIO	
Estudio realizado por:	Medico de Pruebas Duzoft - MEDICO GENERAL
Indicacion:	Estudio funcional de lesión de la arteria descendente anterior
Equipo:	GE VIVID I
Preparación para el estudio:	Previa explicación del procedimiento, alternativas, beneficios de realizarlo, complicaciones, se firma consentimiento informado y se realiza sin complicaciones
Ritmo:	Sinusal
Ventana acustica:	Adeuada
ECO BASAL:	Ventriculo izquierdo de forma y tamaño normal, grosor normal de sus paredes. No dilatado con remodelación hipertrofica concéntrica de sus paredes, función sistólica y volúmenes normales (FEVI calculada por método de volúmenes de Simpson Modificado y por Área ST), FEVI: 30%, Sin trastornos de la contractilidad segmentaria, ni gradiente obstructivo en tracto de salida. El flujo doppler mitral, el doppler de tricuspidal septal lateral y el volumen de la aurícula izquierda muestran un patrón de llenado diastólico normal para la edad, signos indirectos de disfunción diastólica por trastorno de la relajación. Aurículas normales. Leve crecimiento auricular izquierdo (Índice AI Simpson: 33x10x22). Sin valvulopatías relevantes. Leve insuficiencia mitral de tipo degenerativo sin dilatación relevante del anillo. Cavidades derechas normales con función ventricular preservada sin poder calcular PSP. Ventriculo derecho dilatado en relación con función preservada y dilatación de PRAP adecuada de 33x10x10x14x11. Anillo no dilatado. Normal.
ECG BASAL:	Ritmo sinusal normal, sin cambios del ST
ECO MÁXIMO:	Se observa un aumento simétrico de la contractilidad de todos los segmentos analizados, la FEVI aumenta al 30%. No hay cambios en las válvulas ni presencia de gradiente obstructivo en el tracto del tracto de salida. La función ventricular derecha mejora
ECG MÁXIMO:	Tabicadoria sinusal, sin cambios del ST
ECO RECUPERACIÓN:	Todos los segmentos vuelven a la contractilidad basal
ECG RECUPERACIÓN:	Similar al reposo
Comentarios:	Protocolo de Bruce, suspendido en el 30min de la 3ª etapa por cansancio y velocidad de la banda alcanzando el 33% de la frecuencia cardiaca máxima esperada para la edad, con respuesta presión y cronotrópica normales, cursando asintomático. Realiza un trabajo equivalente a 33METs (predicho 33 METS). No se presentan arritmias en el presente estudio. La prueba es eléctricamente normal para cambios del ST inducidos por el ejercicio. CORRELACIONAR CON IMÁGENES DE ECOCARDIOGRAFÍA
Comentarios:	Protocolo de Bruce, suspendido en el 30min de la 3ª etapa por cansancio y velocidad de la banda alcanzando el 33% de la frecuencia cardiaca máxima esperada para la edad, con respuesta presión y cronotrópica normales, cursando asintomático. Realiza un trabajo equivalente a 33METs (predicho 33 METS). No se presentan arritmias en el presente estudio. La prueba es eléctricamente normal para cambios del ST inducidos por el ejercicio. CORRELACIONAR CON IMÁGENES DE ECOCARDIOGRAFÍA
Conclusiones:	1. ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS CON EJERCICIO MÁXIMO NEGATIVO PARA LA INDUCCIÓN DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA
Otros:	1. PRUEBA ELÉCTRICAMENTE NEGATIVA PARA CAMBIOS DEL ST, CURSANDO ASINTOMÁTICO Y SIN INDUCCIÓN DE ARRITMIAS 2. VENTRÍCULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA PRESERVADAS SIN TRASTORNOS DE CONTRACTILIDAD, AURÍCULAS NORMALES. SIN VALVULOPATÍAS. CAVIDADES DERECHAS NORMALES SIN CALCULAR PSP. GRANDES VASOS Y PERICARDIO NORMAL. SIN CORTOCIRCUITOS INTRACARDIACOS DETECTADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO 3. CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA CON VENTRÍCULO IZQUIERDO NO DILATADO, HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DE SUS PAREDES, FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA Y DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. CRECIMIENTO AURICULAR IZQUIERDO. INSUFICIENCIA MITRAL LEVE DEGENERATIVA SIN DILATACIÓN RELEVANTE DEL ANILLO. CAVIDADES DERECHAS NORMALES CON FUNCIÓN VENTRICULAR PRESERVADA SIN PODER CALCULAR PSP. RESULTADO VÁLIDO Y REPRESENTATIVO. SIN
Recomendaciones:	Los resultados de este estudio muestran la respuesta del corazón al estímulo del ejercicio o medicaciones, su resultado debe ser interpretado con el médico tratante para la toma de decisiones.

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

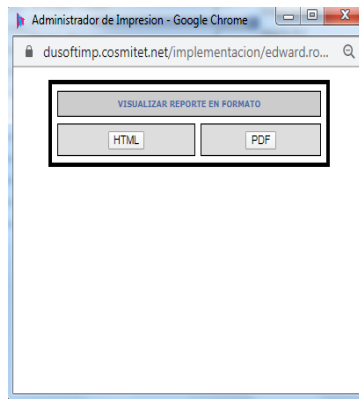
PESO		TALLA		FRECUENCIA		TENSION ARTERIAL	
70	Kg.	178	Cm.	35	X min.	110	/ 80
SITIO: Arterial Radial Derecha(INV)							
MEDIDAS GENERALES							
Raíz Aórtica (mm)				Protocolo Bruce TA	Protocolo Bruce FC	Protocolo Bruce TA	
AI Diámetro AP (mm)		Índice de masa (g/m ²)		Reposo	Reposo	VI etapa	Protocolo Bruce FC
P. Anteroseptal (mm)		VFD Reposo (mL)		I etapa	I etapa	VII etapa	
Diámetro Diast. (mm)		VFS Reposo (mL)		II etapa	II etapa	Recuperación	VI etapa
Diámetro Sist. (mm)	1	FE reposo (%)		III etapa	III etapa	Doble Producto	VII etapa
P. Inferolateral (mm)		FE máximo (%)		IV etapa	IV etapa	En reposo	Recuperación
Espesor Relativo Pared				V etapa	V etapa	En ejercicio máximo	

Guardar

Figura 71 – EcoCardiograma StressEjercicio.

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

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



Se genera la impresión.

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

NOMBRE	DE PRUEBAS PACIENTE			CC:	1030522904	FECHA	2020-03-31		
ENTIDAD	COOMEVA EPS			TELEFONO	NA-32266974	EDAD	34 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO PRUEBAS	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	170	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Arterial Umbilical(INV)				
UNIDAD				PORTATIL			HORA:	09:24:29	

Equipo: GE VIVID
Estudio realizado por : MEDICO PRUEBAS
Ventana Acustica : Adecuada
Ritmo : Sinusal
Medidas Generales

Permite visualizar el **Histórico**.

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

13. SEGURIDAD DEL PACIENTE.

13.1. Encuesta Covid19.

Al dar clic en Seguridad del paciente **Encuesta Covid19** SEGURIDAD DEL PACIENTE Encuesta COVID19 permite registrar la información de la encuesta que va asignando valores para al final tener el acumulado. Ver figura 72

ENCUESTA COVID19				
1. Tiene o ha tenido en las ultimas 72 horas alguno de los siguientes síntomas:				
SINTOMAS	SI	NO	PUNTAJE	
¿Está teniendo tos seca?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0	
¿Está teniendo escalofríos?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0	
En este momento o en los días previos ¿Ha tenido diarrea?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	
¿Esta teniendo dificultad para respirar? (Como si no le entrará el aire en el pecho)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2	
¿Tiene dolor de garganta?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	
¿Está teniendo dolor de cuerpo y malestar general?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	
¿Está presentando dolores de cabeza?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	
¿Ha perdido el olfato?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0	
¿Está experimentando fatiga? (Real deterioro de movimientos y ganas de hacer algo)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	0	
¿Ha tenido fiebre mayor a 37.8°C?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	1	

Al responder si ha estado en otro país se activan los países para que seleccione cual?

2. ¿Ha estado usted en los últimos 14 días por fuera del país?
(Puntaje 3)

SI * NO *

PAIS	SI	NO
CHINA	<input type="radio"/>	*
ITALIA	<input type="radio"/>	*
ESPAÑA	<input type="radio"/>	*
IRAN	<input type="radio"/>	*
ALEMANIA	<input type="radio"/>	*
ESTADOS UNIDOS	<input type="radio"/>	*
FRANCIA	<input type="radio"/>	*
COREA DEL SUR	*	<input type="radio"/>
OTRO	<input type="text"/>	

Nota: en caso de que quiera escribir más de un país en la opción de "otro" se debe separa cada uno por una coma (,)

Continua con el registro de la Encuesta y da clic en **Registrar Encuesta.**

3. ¿Ha viajado o ha estado en área afectada por SARS-COV2 (COVID19)?
(Puntaje 0)

SI * NO *

4. ¿Ha estado en contacto directo o cuidado algún paciente positivo a SARS-COV2 (COVID19)?
(Puntaje 0)

SI * NO *

5. ¿Se encuentra en autoaislamiento?
(Puntaje 0)

SI * NO *

[Registrar Encuesta](#)

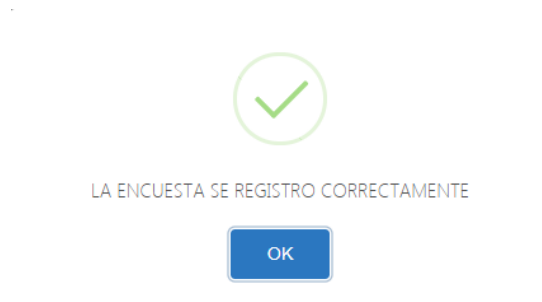
En la parte inferior se encuentra el rango de puntajes y el resultado final de la encuesta

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
Podría ser estrés, tome sus precauciones y observe	0 - 2
Hidrátese, conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días	3 - 5
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 72 – Encuesta Covid19

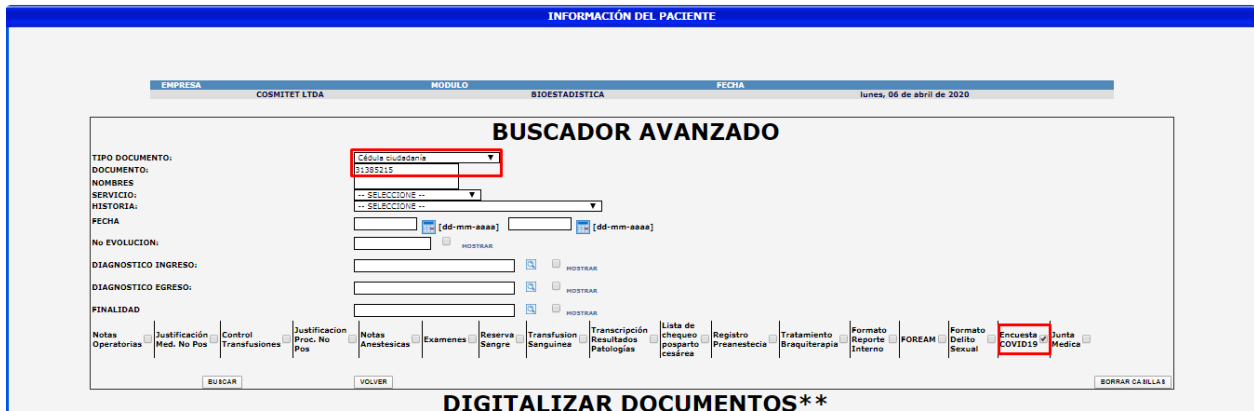
Muestra el mensaje de Confirmación de la Encuesta



Para imprimir la Encuesta Covid19 debemos ir al Bioestadística



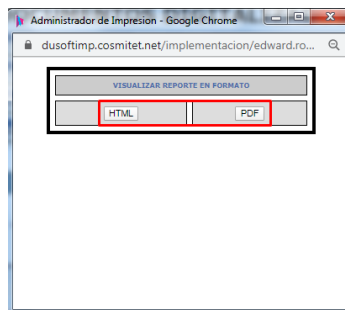
Se realiza la consulta por medio de los Filtros y Clic en **Buscar**.



Da clic en Encuesta

Identificación	Datos Paciente				Estudios	HC Familiograma Epicrisis	IMPRESION HC ENTREGA PACIENTE
CC - 31385215	PACIENTES PRUEBAS DE .				IMAGENES REY DAVID	Ecomapa Familiograma	IMPRESION MASIVA HC
Ingreso	Nueva Epicrisis1	Epicrisis	Departamento	Servicio	Fecha	HC ENTREGA	
2494289	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	URGENCIAS - REY DAVID	URGENCIAS	2020-04-06	<input type="checkbox"/>	
Encuesta COVID19		<input checked="" type="checkbox"/>	ID.Justificación	Justificaciones No Pos Previas	FECHA	MEDICAMENTO	

Se habilitan los Formatos de impresión HTML ó PDF



La impresión de la Encuesta.

ENCUESTA COVID19

NOMBRE:	PACIENTE DE PRUEBAS DE	DOCUMENTO:	CC 7 20218
DIRECCION:	CR 102-45-02	RELACION:	017017-65-000206
FECHA REGISTRO:	08-04-2020 10:02	INGRESO:	084025

1. ¿Cómo se ha sentido en las últimas 72 horas algunas de las siguientes síntomas?

SINTOMAS	SI	NO	PUNTAJE
¿Siente cansancio los días?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
¿Siente fatiga excesiva?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
En este momento ¿en los días previos ¿Se siente mareado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Siente dificultad para respirar? (Como si no le entrara el aire en el pecho)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Tiene dolor de garganta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Siente pérdida de fuerza o mareos por náusea?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Siente un aumento de la pérdida de peso?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Ha perdido el sueño?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
¿Siente experimentado náusea (falta de apetito de movimiento y gases de tener algo)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
¿Ha sentido febre mayor a 37.5 C?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

2. ¿Ha estado cubierto en los últimos 14 días por fuera del país? (Puntaje 0)

PAIS	SI	NO	PUNTAJE
INDIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
CHINA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
ITALIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
ESPAÑA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
IRAN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
ALGERIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
ESTADOS UNIDOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
FRANCIA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
COLOMBIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
OTROS PAISES INDICADOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0

3. ¿Ha viajado o ha estado en una estructura por SARS-COV2 (COVID19)? (Puntaje 0)

4. ¿Ha estado en contacto directo o cuidado algún paciente positivo a SARS-COV2 (COVID19)? (Puntaje 0)

5. ¿Se encuentra en auto aislamiento? (Puntaje 0)

Resultados Encuesta COVID19

DESCRIPCION	PUNTAJE
Podría ser asintomático, tome sus precauciones y observe	17/21
Podría ser, conserve medidas de higiene, observe y reevalúe en 2 días	0/21
Alíase a controlarlo con el médico	0/21
Líame a los servicios para realizar detección para SARS-COV2 (COVID19)	12/21
Puntaje Total	10

PROFESIONAL: HISTICO PRUEBAS
CC: 7020408 - IN: 1002019
ESPECIALIDAD: HISTICO QUIRURGICO
Hospital: HISTICO PRUEBAS LABORATORIO

Fecha Impresión: 2020-04-10 10:29

14. DEFINIR CONDUCTA DEL PACIENTE

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

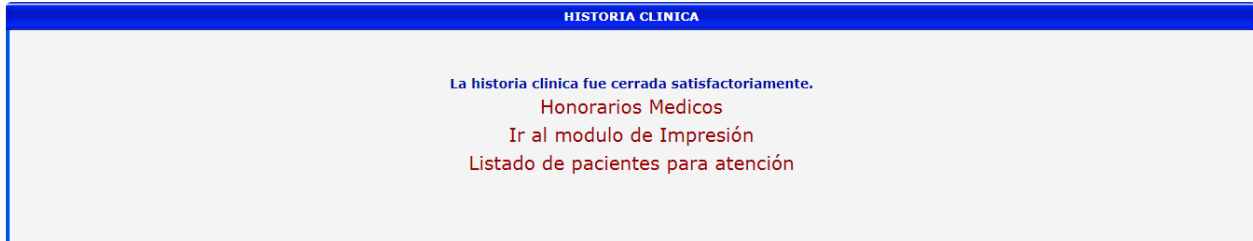


Se defina la Conducta y clic en Continuar. Figura 73



Figura 73 – Definir Conducta Medica.

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 74

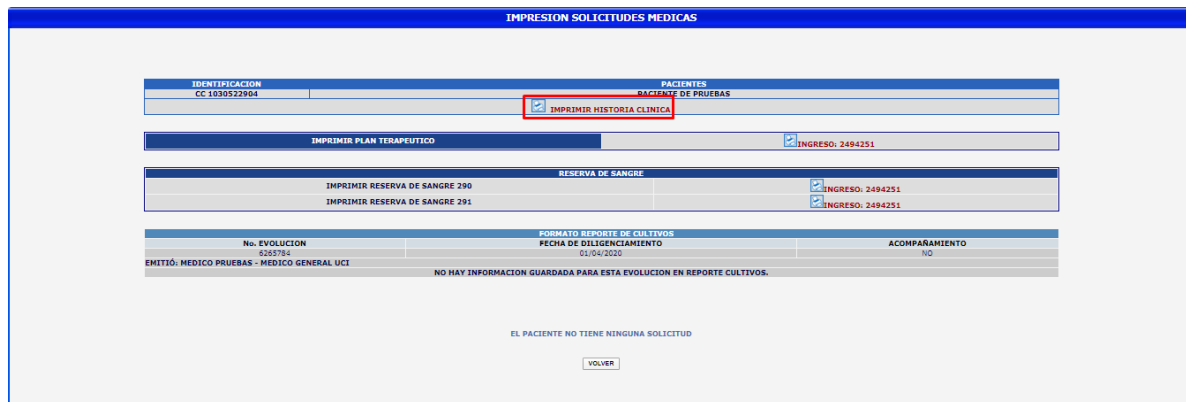
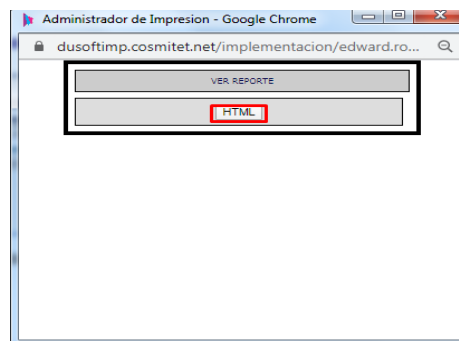


Figura 74 – Impresión Historia Clínica

Se activa el administrador de Impresión y da clic en HTML.



https://dusoftmp.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: SITUSA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TELEFONO: NA
OCCUPACION: RECEPCIONISTAS Y EMPLEADOS DE INFORMACIONES		TIPO AFILIADO: Cotizante
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE: carlos suarez	PARENTESCO: Otro	TELEFONO: 23332333
NOMBRE ACOMPAÑANTE: CARLOS SUAREZ	PARENTESCO: Otro	TELEFONO: 23332333
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)		

Imprimió: 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 79182626 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 75

ESTACION DE ENFERMERIA - URGENCIAS CONSULTA

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

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

PACIENTES EN CONSULTA DE URGENCIAS												DPO	ENA	ENT	ESR	EAE	TCL				
NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PREORL	TIEMPO HOSP.	SEÑOS VITALES	HEA. PACIENTES	ORDEN SERVICIOS	SABANA	IMP	IMAGENES	PROFESIONALES ATENCION	DPO	ENA	ENT	ESR	EAE	TCL					
Ci PACIENTE DE PRUEBAS	34 Años	PC	00:00	CV	HP	OS	SE	SI	SI	MEDICO PRUEBAS	0	1	1	0	0	2					
Solicitud Suministros x Estación Realizar Solicitudes de Suministros x Estación Confirmar Solicitudes de Suministros x Estación Insumos y Medicamentos Usado Solicitudes Realizadas Confirmación de Despacho Devolución Insumos Devolución Medicamentos												Controles de Pacientes <input type="checkbox"/> Dietas <input type="checkbox"/> Líquidos Karches: <input type="checkbox"/> Inyección Y Cargas de Insumos <input type="checkbox"/> Espirales y Autorizaciones <input type="checkbox"/> Cargar Insumos (Cuenta Paciente) <input type="checkbox"/> Impresión Ordenes Medicas Seleccionar Estación - Refrescar					Estadísticas ET. Reporte de Pacientes EE. Pacientes Hospitalizados EE. (0) Pacientes X Ingresar EE. (0) Pacientes en consulta EE. (7) Pacientes X Egresar EE. (0)				

Figura 75 – Panel de Enfermería