

MANUAL DE USUARIO

DUSOFT



MANUAL

HISTORIA CLÍNICA



REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

Fecha	Versión	Descripción del Cambio	Aprobó
29-10-2020	01	Creación	Ing. York Larry Sánchez Cuero.
16-10-2022	02	Actualización manual	Ing. Anyeline Posso
16-10-2022	02	Actualización de Objetivo	Ing. Anyeline Posso
16-10-2022	02	Actualización de Alcance	Ing. Anyeline Posso
13-03-2022	03	Actualización manual	Ing. Anyeline Posso
12-10-2023	04	Actualización manual, descripciones antecedentes	Ing. Anyeline Posso
19-02-2024	05	Actualización módulos	Ing. Anyeline Posso

TABLA DE CONTENIDO

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES	2
TABLA DE CONTENIDO	3
TABLA DE FIGURAS	7
OBJETIVO.....	13
ALCANCE	14
1. AUTENTICACIÓN DE USUARIO.....	15
2. ATENCIÓN DE PACIENTE	20
2.1 BUSCAR PACIENTE	21
2.2 ELEMENTOS EN PANTALLA	22
3.0 HISTORIA CLÍNICA	35
3.0.1 RESULTADOS DE LABORATORIO	36
3.0.2 HISTORIA CLÍNICA ACTUAL	37
3.0.3 BOTONES DE NAVEGACIÓN	38
3.0.4 HISTORIAL	38
3.0.5 LECTURA DE APOYOS DIAGNÓSTICOS.....	39
3.0.6 SÁBANA DE ENFERMERÍA	40
3.0.7 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	41
3.0.8 CONSULTA HC EMPRESAS.....	42
4.0 MENÚ HISTORIA CLÍNICA.....	43
4.0.1 HISTORIA CLÍNICA - OCUPACIÓN PACIENTE.....	44
4.0.2 - HISTORIA CLÍNICA - MOTIVO DE INGRESO EA.....	45
4.0.3 HISTORIA CLÍNICA - ANTECEDENTES	46
4.0.4 HISTORIA CLÍNICA - EXAMEN FÍSICO	47
4.0.5 HISTORIA CLÍNICA - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	47
4.0.6 HISTORIA CLÍNICA - ÍNDICE DE TRAUMA REVISADO.....	48

4.0.7 HISTORIA CLÍNICA - TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	49
4.0.8 HISTORIA CLÍNICA - FINALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	52
4.0.9 HISTORIA CLÍNICA - ORIGEN DE LA ATENCIÓN	52
4.0.10 HISTORIA CLÍNICA - SOLICITUDES PENDIENTES	53
4.0.11 HISTORIA CLÍNICA - DELITO SEXUAL	54
5.0 ÓRDENES MÉDICAS	64
5.0.1 ÓRDENES MÉDICAS – CONTROLES PACIENTES.....	65
5.0.2 ÓRDENES MÉDICAS – FORMULACIÓN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS	66
5.0.3 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE APOYOS DIAGNÓSTICOS.....	69
5.0.4 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	70
5.0.5 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS	81
5.0.6 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE	83
5.0.7 ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE INTERCONSULTA	85
5.0.8 ÓRDENES MÉDICAS – CONSOLIDADO PLAN TERAPÉUTICO	88
5.0.9 ÓRDENES MÉDICAS – QUIMIOTERAPIA.....	89
5.0.10 ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD OTROS DISPOSITIVOS	92
6.0 DIETAS – SOLICITUD DE DIETAS	93
7.0 EVOLUCIÓN	94
7.0.1 EVOLUCIÓN – EVOLUCIÓN	94
7.0.2 EVOLUCIÓN – LECTURA DE APOYOS DIAGNÓSTICOS	96
7.0.3 EVOLUCIÓN – CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS.....	97
7.0.4 EVOLUCIÓN - REGISTRO DE MARCAPASOS	100
7.0.5 EVOLUCIÓN – NOTAS DE ENFERMERÍA.....	101
7.0.6 EVOLUCIÓN – INFORMACIÓN CÁNCER.....	102
7.0.7 EVOLUCIÓN – ASISTENCIA VENTILATORIA UCI	103
7.0.8 EVOLUCIÓN – JUNTA MÉDICA.....	104
8.0 EGRESO.....	109
8.0.1 EGRESO - DIAGNÓSTICO DE EGRESO RIPS	110
8.0.2 EGRESO - PROFESIONAL TRATANTE	112

8.0.3 EGRESO – FORMULACIÓN AMBULATORIA	114
8.0.3.1 FORMULAR MEDICAMENTO	115
8.0.3.2 SOLICITAR INSUMOS.....	120
8.0.3.3 CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD	123
9. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN	125
9.1. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN.....	125
9.2. TEST DE CAMINATA.....	125
10. UNIDAD RENAL.....	125
10.1. PRESCRIPCIÓN HEMODIÁLISIS.....	126
10.2. VACUNACIÓN HEPATITIS	127
10.3. CLASIFICACIÓN ORIFICIO SALIDA	128
10.4. PRESCRIPCIÓN DIÁLISIS	129
11. CIRUGÍA PROCEDIMIENTOS.....	129
11.1. HALLAZGOS QUIRÚRGICOS	129
11.1. DESCRIPCIÓN OPERACIÓN	130
12. CONSETIMIENTOS INFORMADOS.....	131
12.1. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	131
13. ANESTESIOLOGÍA.....	133
14. ECOCARDIOGRAMAS	138
14.1. TRANSESOFÁGICO.....	138
14.2. TRANSTORÁCICO	142
15. SEGURIDAD DEL PACIENTE	147
15.1. NOTAS DE SEGURIDAD.....	147
15.2. ESCALA DE BRADEN	148
15.3. CONTROL RIESGO CAIDA.....	150
15.4. EVENTOS ADVERSOS	152
15.5. CATETER VENOSO PERIFÉRICO	154
15.6. CATETER VENOSO CENTRAL.....	159
15.7. FORMATO DE REPORTE INTERNO	166
15.8. FOREAM.....	167

16. TERAPIA OCUPACIONAL.....	172
16.1. ESCALA DE BARTHEL.....	172
17. FONOAUDIOLOGÍA.....	173
18. ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS	179
18.1. SIGNOS VITALES GENERALES.....	179
18.2. APACHE.....	180
18.3. CONTROL NEUROLOGICO	183
18.5. ENCUESTA COVID19	183
18.6. ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2.....	186
19. ALERTAS.....	188
19.1. ALERTA MANUAL	188
20. ADICIONALES	189
20.1. ANTECEDENTES PERSONALES.....	189
20.2. EXAMEN FÍSICO	189
20.3. CONSULTAS Y CONTROLES AMBULATORIOS	191
20.4. VALORACION DE PESO Y TALLA ADULTOS.....	192
20.5. VALORACION DE PESO Y TALLA PEDIATRICO.....	194



TABLA DE FIGURAS

Figura 1 - Autenticación de usuario.....	15
Figura 2 - Cambio de contraseña.....	16
Figura 3 - Autenticación incorrecta.....	16
Figura 4 - Autenticación Correcta.....	17
Figura 5 - Botones principales.....	17
Figura 6 - Categorías de Módulos.....	18
Figura 7 - Categorías de Módulos.....	18
Figura 8 - Módulos por Categorías.....	18
Figura 9 - Ingreso directo a las categorías.....	19
Figura 10 - Módulos de una categoría.....	19
Figura 11 - Módulo Atención de Pacientes.....	20
Figura 12 - Estaciones de Enfermería.....	20
Figura 13 - Pacientes en Estación de Enfermería.....	20
Figura 14 - Íconos estado Atención pacientes.....	21
Figura 15 - Buscar paciente.....	22
Figura 16 - Habitación y cama del paciente.....	22
Figura 17 - Datos Paciente.....	23
Figura 18 - Signos vitales.....	24
Figura 19 - Medicamentos del paciente.....	24
Figura 20 - Controles programados.....	25
Figura 21 - Programar Controles de Apoyos (1).....	25
Figura 22 - Programar Controles de Apoyos (2).....	26
Figura 23 - Programar Controles de Apoyos (3).....	26
Figura 24 - Programar Controles de Apoyos (4).....	26
Figura 25 - Cumplir Controles de Apoyos (1).....	27
Figura 26 - Cumplir Controles de Apoyos (2).....	27
Figura 27 - Programar Glucometría (1).....	28
Figura 28 - Programar Glucometría (2).....	28
Figura 29 - Programar Glucometría (3).....	28
Figura 30 - Registro de Glucometría.....	29
Figura 31 - Resumen de Glucometría.....	29
Figura 32 - Control Neurológico.....	30
Figura 33 - Órdenes de Servicio.....	31
Figura 34 - Sábana de Enfermería.....	32
Figura 35 - Sábana de Enfermería.....	33

Figura 36 - Imágenes diagnósticas (2)	33
Figura 37 - Consulta información exámenes y documentos (1)	34
Figura 38 - Consulta información exámenes y documentos (2)	34
Figura 39 - Consulta información exámenes y documentos (3)	35
Figura 40 - Ingreso a Historia Clínica	35
Figura 41 - Historia Clínica	36
Figura 42 - Resultados de laboratorio	37
Figura 43 - Historia Clínica actual	38
Figura 44 - Historial	39
45 - Lectura de Apoyos Diagnósticos	40
Figura 46 - Sábana de enfermería	40
Figura 47 - Imágenes Diagnósticas HC (1)	41
Figura 48 - Imágenes Diagnósticas HC (2)	42
Figura 49 - HC Empresas	43
Figura 50 - Ocupación paciente	44
Figura 51 - Motivo de ingreso	45
Figura 52 - Antecedentes	46
Figura 53 - Examen físico	47
Figura 54 - Impresión Diagnóstica	47
Figura 55 - Índice de trauma revisado	49
Figura 56 - Transfusión sanguínea	50
Figura 57 - Finalidad de la atención	52
Figura 58 - Origen de la atención	53
Figura 59 - Solicitudes pendientes	53
Figura 60 - Delito sexual	54
Figura 61 - Información General	54
Figura 62 - Consentimiento informado	55
Figura 63 - Abordaje del caso	56
Figura 64 - Información adicional al comenzar el abordaje forense	56
Figura 65 - Examen Médico Forense	56
Figura 66 - Antecedentes	58
Figura 67 - Descripción de prendas	59
Figura 68 - Examen Médico Forense	59
Figura 69 - Controles Pacientes	65
Figura 70 - Formulación Medicamentos Hospitalarios	66
Figura 71 - Formulación Medicamentos NO POS	67
Figura 72 - Solicitud de Apoyos Diagnósticos	69
Figura 73 - Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos (1)	72
Figura 74 - Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos (2)	72
Figura 75 - Tarjeta de presentación de Cirugía	75
Figura 76 - Formato Declaración de Consentimiento	77
Figura 77 - Guardar Procedimiento	80
Figura 78 - Solicitud Procedimientos No Quirúrgicos	81

Figura 79 - Solicitud Reserva de Sangre.....	83
Figura 80 - Imprimir reporte Reserva de Sangre	84
Figura 81 - Solicitud de Interconsultas	85
Figura 82 - Solicitud de Controles Ambulatorios	87
Figura 83 - Consolidado Plan Terapéutico	88
Figura 84 - Registrar paciente	90
Figura 85 - Registrar Signos Vitales.....	91
Figura 86 - Seleccionar Protocolo Quimioterapia	91
Figura 87 - Guardar Protocolo Quimioterapia	91
Figura 88 - Solicitud de Otros Dispositivos.....	92
Figura 89 - Solicitud de Dietas	93
Figura 90 - Evolución	95
Figura 91 - Lectura de Apoyos Diagnósticos.....	96
Figura 92 - Cumplimiento de Procedimientos Realizados.....	98
Figura 93 - Registro de Marcapasos	100
Figura 94 - Historial.....	100
Figura 95 - Notas de Enfermería (Médico)	101
Figura 96 - Notas de Enfermería (Enfermero).....	102
Figura 97 - Información Cáncer.....	103
Figura 98 - Asistencia Ventilatoria UCI.....	104
Figura 99 - Junta Médica.....	105
Figura 100 - Historial.....	107
Figura 101 - Imprimir reporte.....	109
Figura 102 - Diagnóstico de Egreso	111
Figura 103 - Profesional Tratante.....	113
Figura 104 - Formulación Ambulatoria	114
Figura 105 - Formular Medicamento	115
Figura 106 - Eliminar Medicamento.....	118
Figura 107 - Modificar Formulación de Medicamento	119
Figura 108 - 108 - Solicitar Insumos.....	120
Figura 109 - Consulta Medicamentos Minsalud	123
Figura 110 - Test de caminata.....	125
Figura 111 - Procedimientos unidad renal.....	126
Figura 112 - Historial procedimientos.....	126
Figura 113 - Detalle procedimiento	126
Figura 114 - Hallazgos de la cirugía.....	130
Figura 115 - Hallazgo encontrado en la cirugía.....	130
Figura 116 - Descripción de la cirugía.....	130
Figura 117 Registro descripción de la cirugía	130
Figura 118 - Consentimientos informados.....	131
Figura 119 - Consentimiento informado	132
Figura 120 - Consentimiento responsable.....	132
Figura 121 - Conexión dispositivo	133

Figura 122 - Signos Vitales y Diagnostico de ingreso	133
Figura 123 - Agregar Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos.....	133
Figura 124 - Cardio Vascular	133
Figura 125 - Respiratoria.....	134
Figura 126 – Metabólico.....	134
Figura 127 - Gastrointestinal	134
Figura 128 - Renal.....	134
Figura 129 - Neurológico.....	134
Figura 130 - Musculo Esquelético	134
Figura 131 - Hematológico	134
Figura 132 - Hepático.....	135
Figura 133 - Otros	135
Figura 134 - Gineco – Obstétricos.....	135
Figura 135 - Exámenes de Laboratorio	135
Figura 136 - apoyo diagnóstico	135
Figura 137 - apoyo diagnóstico almacenado.....	136
Figura 138 - Índice de Trauma	136
Figura 139 - Plan Anestésico	136
Figura 140 – Ecocardiogramas transesofágico	139
Figura 141 - Impresión ecocardiograma transesofágico	141
Figura 142 - Historial ecocardiograma transesofágico	142
Figura 143 - Ecocardiograma Transtorácico	144
Figura 144 Impresión ecocardiograma transtorácico	146
Figura 145 - Historial ecocardiograma transtorácico	147
Figura 146 - Notas de Seguridad	147
Figura 147 - Historial Notas de Seguridad	148
Figura 148 - Notas de Seguridad Evaluación.....	148
Figura 149 - Escala de Braden.....	149
Figura 150 Histórico escala Braden	149
Figura 151 - Escala de riesgo de caídas	150
Figura 152 - Medidas Generales Preventivas	151
Figura 153 – Historial riesgo caídas.....	151
Figura 154 - Reporte riesgos caída	152
Figura 155 - Eventos Adversos	153
Figura 156 - Historial Eventos adversos.....	153
Figura 157 - Registro Evento adverso.....	153
Figura 158 - Indicación vía catéter venoso periférico	155
Figura 159 - Indicación.....	156
Figura 160 - Causa del Retiro del Catéter.....	157
Figura 161 - Escala Valoración Flebitis	158
Figura 162 - Escala de Infiltración	159
Figura 163 - Catéter Venoso Central.....	160
Figura 164 -Inserción de catéter.....	161

Figura 165 - Indicación y vía	161
Figura 166 - Preguntas.....	162
Figura 167 - Posterior a la Colocación	162
Figura 168 - Seguimiento Diario al Paciente	163
Figura 169 - Historial de Seguimiento Diario al Paciente	164
Figura 170 - Cuidados del Catéter	164
Figura 171 - Historia Cuidados del Catéter	165
Figura 172 - Retiro del Catéter.....	165
Figura 173 -Formato de reporte interno	167
Figura 174 - Origen del Reporte.....	167
Figura 175 - Información del Paciente.....	168
Figura 176 - Información del Evento Adverso	169
Figura 177 - Información de los Medicamentos.....	169
Figura 178 - Manejo del Evento y su desenlace.....	170
Figura 179 - Análisis del Evento.....	170
Figura 180 - Información del Notificante.....	170
Figura 181 - Escala de Barthel	172
Figura 182 - Escala de Barthel	172
Figura 183 - Escala de Barthel puntaje	173
Figura 184 - Alimentación	173
Figura 185 - Antecedentes Alimentación.....	174
Figura 186 - Antecedentes Generales.....	174
Figura 187 - Aparato Digestivo.....	174
Figura 188 - Deglución	175
Figura 189 -	175
Figura 190 - Hábitos.....	176
Figura 191 - Lenguaje	176
Figura 192 - Órganos Fono Articuladores	176
Figura 193 - Voz y Respiración	177
Figura 194 - Historial de Fonoaudiología	177
Figura 195 - Apache.....	181
Figura 196 - Histotial APACHE.....	182
Figura 197 - Registro APACHE	182
Figura 198 - Control neurológico	183
Figura 199 - Encuesta Covid19.....	185
Figura 200 - Escala de Alerta Temprana News2.....	186
Figura 201 - Historial de Escala de Alerta Temprana News	187
Figura 202 - Resultados	187
Figura 203 - Alerta Manual.....	188
Figura 204 - Examen físico	190
Figura 205 - Solicitud interconsultas	191
Figura 206 - Selección interconsulta	191
Figura 207 - Interconsulta realizada	191

Figura 208 - Interconsulta ambulatoria	192
Figura 209 - Solicitud controles ambulatorios	192
Figura 210 - Solicitud controles ambulatorios - controles remitidos	192



OBJETIVO

El objetivo del presente manual es dar a conocer a los usuarios finales las funcionalidades de los submódulos que componen la Historia Clínica sistematizada del aplicativo Dusoft Asistencial para el proceso de atención de pacientes.


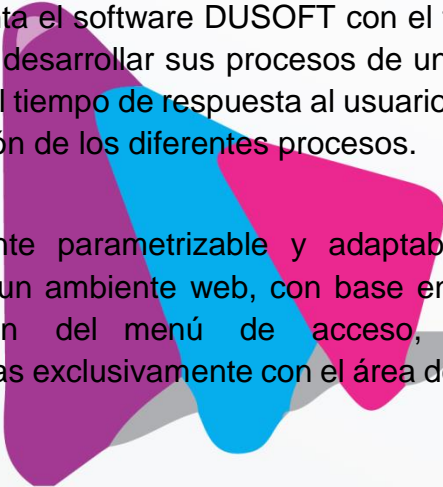


ALCANCE

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 un sistema multiusuario que permite la personalización del menú de acceso, brindando un conjunto de funcionalidades relacionadas exclusivamente con el área de trabajo de los colaboradores.



1. AUTENTICACIÓN 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 image shows a web form titled "Autenticación del Usuario". It contains two input fields: "Usuario" and "Contraseña". Below these fields is a button labeled "Aceptar". At the bottom of the form, there are two links: "Recuperar Contraseña" and "Página Inicial".

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 requisitos mínimos, la aplicación refrescará la pantalla y marcará el contorno del campo “Confirmar Contraseña” de color rojo y mostrará el mensaje: **LA CONTRASEÑA NO COINCIDE CON LAS DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS.**

Sistema Integral de Información en Salud

LA CONTRASEÑA NO COINCIDE CON LAS DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS

Cambio de Contraseña

Nueva Contraseña

Confirmar Contraseña

DIRECTIVAS DE CONTRASEÑAS:

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

[Página Inicial](#)

Figura 2 - Cambio de contraseña

En caso de que la autenticación no sea exitosa se mostrará un mensaje informando sobre la novedad. En esta parte el sistema permite 3 intentos, si el usuario no puede ingresar y agota los intentos, se bloqueará de forma automática por 5 minutos. Si el usuario no recuerda su clave deberá hacer uso de la opción de recuperación de contraseña.

Autenticación del Usuario

FALLO EN LA AUTENTICACIÓN, VERIFIQUE SU CONTRASEÑA NUMERO DE INTENTOS = 2

Usuario

Contraseña

[Recuperar Contraseña](#)

[Página Inicial](#)

Figura 3 - Autenticación incorrecta

Si la autenticación es correcta se mostrará la página inicial donde encontrará las opciones de navegación por categorías para ingresar a los módulos de la aplicación. (Ver Figura 2).



Figura 4 - Autenticación Correcta.

Se describen los botones que se muestran en la página principal al ingresar a la aplicación:

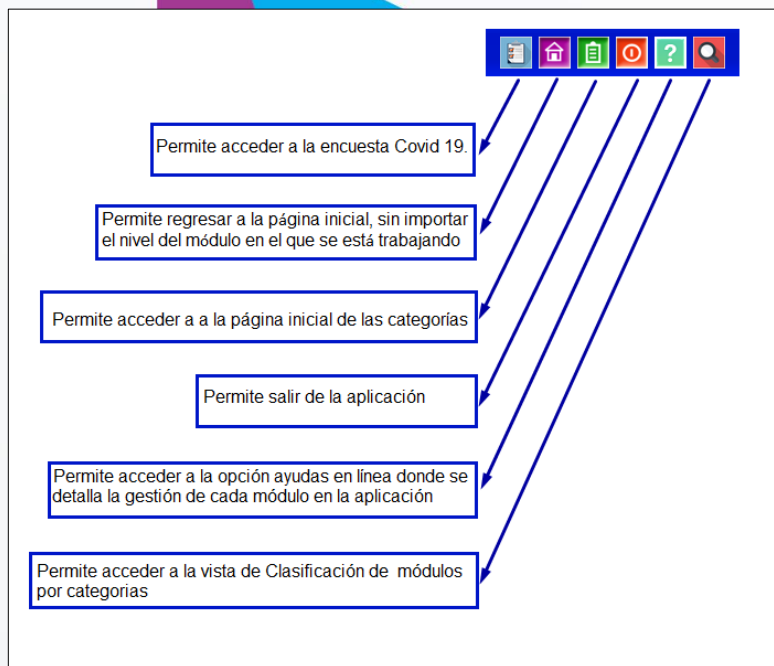


Figura 5 - Botones principales.



Figura 6 - Categorías de Módulos.

El ítem que requerimos para iniciar el proceso de Atención de pacientes y acceder a la Historia Clínica es ATENCIÓN DE PACIENTES. En caso de que no sepamos en cuál categoría se encuentra, podemos buscarlo desde la opción que se indica:



Figura 7 - Categorías de Módulos.

A continuación, se mostrará un buscador de Módulos, el cual indicará la categoría en la que se encuentra el módulo requerido:



Figura 8 - Módulos por Categorías.

En caso de que sepamos en cual categoría se encuentra el módulo requerido, ingresamos directamente:



Figura 9 - Ingreso directo a las categorías

Se muestran los módulos contenidos en la categoría seleccionada. Posteriormente ingresamos al módulo requerido:



Figura 10 - Módulos de una categoría

2. ATENCIÓN DE PACIENTE



Figura 11 - Módulo Atención de Pacientes

Al ingresar al módulo **Atención de Pacientes** se muestra una ventana que lista las Estaciones de Enfermería a las que tiene acceso el usuario profesional (Médico, Enfermera, Auxiliar de enfermería). Damos clic en la Estación de Enfermería requerida para ver los pacientes que se encuentran en esta:

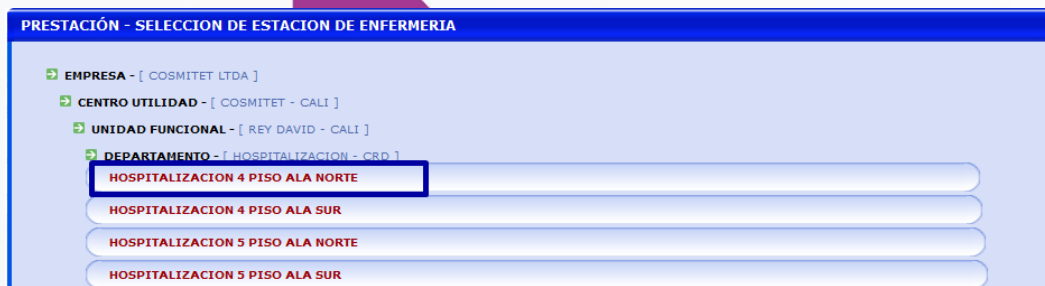


Figura 12 - Estaciones de Enfermería

Una vez ingresamos a la **ESTACIÓN DE ENFERMERÍA** requerida, se muestran todos los pacientes que se encuentran en esta, y las diferentes opciones que permiten al personal asistencial ejecutar todas las actividades relacionadas con el proceso de atención de los pacientes.

Figura 13 - Pacientes en Estación de Enfermería

PRESTACIÓN - ESTACION DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE

Empresa COSMITET LTDA	Centro Unidad COSMITET - CALI	Unidad Funcional REY DAVID - CALI	Departamento HOSPITALIZACION - CRD
--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

BUSCAR PACIENTES:

TIPO DOCUMENTO:

DOCUMENTO:

NOMBRES:

HABITACION:

REGISTRO DE LLAMADAS A ESPECIALISTA

PACIENTES INTERNADOS EN LA ESTACION															ALERTA					
HAB.	CAJA	PACIENTE	TIEMPO HOSP.	SIG. VITALES	MED. PACIENTES	CTRL. PROGRAMADOS	PROGR. APOYO	GLUCO METRIA	NEURO LOGICO	ORDEN SERVICIOS	IMP	SABANA	IHAGENES	PROFESIONAL ÚLTIMO ACCESO A HC	DPO	EMA	ENT	ESR	EAE	CA
	401R	401R	53 dias												0	0	184	2	1	14
	402R	402R-A	47 dias												0	0	0	0	0	1
	402R	402R-B	46 dias												0	0	0	2	0	0
	403R	403R-A	47 dias												0	0	0	0	0	0
	403R	403R-B	51 dias												0	0	7	0	0	5
	404R	404R-A	46 dias												0	0	0	1	0	1

Los elementos que se muestran en la primera columna de la Estación de Enfermería permiten identificar visualmente el estado de atención en que se encuentra el paciente por medio de íconos. Se indica la descripción de cada uno de estos:

- Paciente hospitalizado
- Orden para traslado a cirugía o ha pasado por el servicio de cirugía.
- Orden para alta del paciente.
- Orden de traslado.
- Orden de alta al paciente y pendiente validación de cuenta por facturación.
- Orden Salida pendiente por visto bueno de Enfermería.

Figura 14 - Atención

Íconos estado pacientes

2.1 BUSCAR PACIENTE

Esta opción permite realizar la búsqueda de pacientes en la estación de enfermería con la posibilidad de filtrar la información por número de documento, nombres y habitación.

Figura 15 - Buscar paciente



2.2 ELEMENTOS EN PANTALLA

En las Estaciones de Enfermería también se muestran botones y accesos que permiten al personal asistencial ejecutar actividades propias del proceso de atención de pacientes, adicionales a los procesos que pueden realizar los profesionales en la Historia Clínica.

Habitación y cama:

La información de estas columnas permite identificar la habitación y la cama en la que se encuentra el paciente. De acuerdo con la siguiente imagen, el paciente PEPITO PEREZ PERENCEJO se encuentra en la habitación 401R, cama 401R.

401R	401R	
------	------	--

Figura 16 - Habitación y cama del paciente

Datos del Paciente:

Al dar clic sobre el nombre del paciente se visualiza su información en una nueva ventana, como se indica en la siguiente imagen:

Figura 17 - Datos Paciente

HAB.	CAMA	PACIENTE
401R	401R	PEPITO PEREZ PERENCEJO

PRESTACIÓN - INFORMACION DEL PACIENTE	
RESPONSABLE	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA
PLAN	PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (PBS-PAC-PYM) 353-2020
TIPO AFILIADO	Especiales o de Excepción Beneficiario
PACIENTE	PEPITO PEREZ PERENCEJO
IDENTIFICACION	[REDACTED]
HISTORIA CLINICA	[REDACTED]
SEXO	[REDACTED]
FECHA NACIMIENTO	[REDACTED]
DIRECCION RESIDENCIA	[REDACTED]
TELEFONO RESIDENCIA	[REDACTED]
TELEFONO CELULAR	[REDACTED]
OBSERVACIONES	[REDACTED]

REGRESAR

Tiempo de Hospitalización

Indica el tiempo que tiene el paciente en su proceso hospitalario:

**TIEMPO
HOSP.**
53 días

Signos vitales

**SIG.
VITALES**
SV

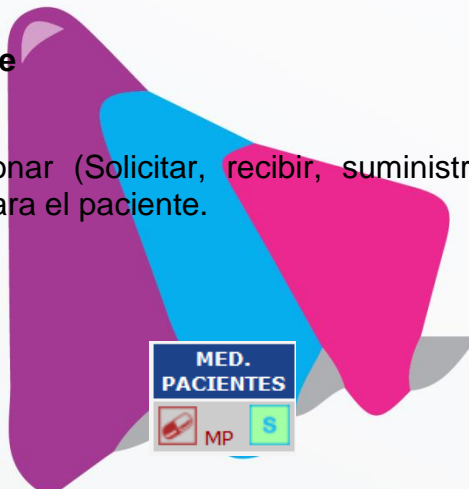
Opción que permite registrar y consultar los signos vitales del paciente.

PRESTACIÓN - ESTACIÓN DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE																																								
Empresa COSMITET LTDA		Centro Utilidad COSMITET - CALI		Unidad Funcional REY DAVID - CALI		Departamento HOSPITALIZACION - CRD																																		
PACIENTE				HABITACION 401R		CAMA 401R		FECHA CONTROL 10 / 15																																
FREC. CARD. X min.	FREC. RESP. X min.	PVC cmH ₂ O	PIC cmH ₂ O	PIA cmH ₂ O	PESO Kg.	TALLA CM.	TEMP. °C	MANUAL °C	T.INCUB °C	SAT O ₂ %																														
TENSION ARTERIAL						OBSERVACION																																		
T.A. /		SITIO				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="11">ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Menor Dolor</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> <td>Mayor Dolor</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA											Menor Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA																																								
Menor Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor																													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Insertar																																								

Figura 18 - Signos vitales

Medicamentos del paciente

Opción que permite gestionar (Solicitar, recibir, suministrar, devolver o cancelar) los medicamentos e insumos para el paciente.



PRESTACIÓN - ESTACION DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE						
Empresa COSMITET LTDA		Centro Utilidad COSMITET - CALI		Unidad Funcional REY DAVID - CALI		Departamento HOSPITALIZACION - CRD
HABITACION 401R		CAMA 401R		PACIENTE		IDENTIFICACION
CUESTA		INGRESO				
PLAN TERAPEUTICO - SOLICITUDES REALIZADAS						
MEDICAMENTOS - INSUMOS						
SUMINISTRO RAPIDO						
MEDICAMENTOS & SOLUCIONES HIDROCLOROTIAZIDA 25MG TABLETA CAJA X 1. VARIOS - (FOPDH0051646 - POS)				OPCIONES Registro Administración Medicamentos Notas del Medicamento		
*Fecha de Formulación: Via de Administración: Dosis: Cantidad Diaria: Cantidad Total Tratamiento(10.00 dias): Formulo:				2022-12-07 ORAL		
1 TABLETA (S) 1 TABLETA por 25MG 10 TABLETA por 25MG ana.mina - ANA MELBA MINA VIERA				Cada 24 Hora(s) 1		
CANTIDADES CONFIRMADAS: 0 Unds. CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unds. CANTIDADES SUMINISTRADAS: 0 Unds. CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unds. FALTANTE POR SUMINISTRAR: 0 TABLETA (S)						
MEDICAMENTOS DESPACHADOS LOSARTAN 50mg TABLETA CAJA X 1. VARIOS - (FOPOL0211772 - POS)						
*Fecha de Formulación: Via de Administración: Dosis: Cantidad Diaria: Cantidad Total Tratamiento(10.00 dias): Observación: Formulo:				2022-12-07 ORAL		
1 TABLETA (S) 2 TABLETA por 50mg 20 TABLETA por 50mg INICIAR 08.12.22 NO INICIAR SI CIFRA TENSIONAL MENOR 100/60 ana.mina - ANA MELBA MINA VIERA				Cada 12 Hora(s) 2		
CANTIDADES CONFIRMADAS: 0 Unds. CANTIDADES EN BODEGA PACIENTE: 0 Unds. CANTIDADES SUMINISTRADAS: 0 Unds. CANTIDADES DESECHADAS: 0 Unds. FALTANTE POR SUMINISTRAR: 0 TABLETA (S)						

Figura 19 - Medicamentos del paciente

Controles programados



Opción que permite visualizar los controles que tenga programados el paciente.

PRESTACIÓN - ESTACIÓN DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE

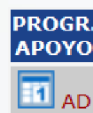
Empresa COSHITET LTDA	Centro Utilidad COSHITET - CALI	Unidad Funcional REY DAVID - CALI	Departamento HOSPITALIZACION - CRD
HABITACIÓN 419R	CAHA 419R-B	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN
CUENTA	INGRESO		
GLUCOMETRIA			
Frecuencia		Cada 8 horas	

VOLVER

Figura 20 - Controles programados

Programar Controles de Apoyos

Permite visualizar los estudios (laboratorio e imágenes) enviados al paciente y ver o programar actividades.



PRESTACIÓN - CONTROLES DE APOYOS DIAGNOSTICOS PENDIENTES : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE

Empresa COSHITET LTDA	Centro Utilidad COSHITET - CALI	Unidad Funcional REY DAVID - CALI	Departamento HOSPITALIZACION - CRD
HABITACIÓN 401R	CAHA 401R	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN
CUENTA	INGRESO		

PROGRAMAR ACTIVIDAD

Fecha	Solicitado	Examen	Autortización
2023-02-04 06:42:19	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	Resonancia Magnetica De Cerebro	Para Atencion
2023-02-04 06:42:19	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	Radiografía De Torax P.a., O A.p., Y Lateral Decubito Lateral Oblicuas O Lateral	Para Atencion
2023-02-04 06:42:19	IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	Tomografía Computada De Craneo Simple	Con Resultado Firmado
2023-01-24 13:23:23	LABORATORIOS	Notasio En Suero U Otros Fluidos	Con Resultado Firmado
2023-01-24 13:23:23	LABORATORIOS	Posfons En Suero U Otros Fluidos	Con Resultado Firmado

Figura 21 - Programar Controles de Apoyos (1)

Para programar una actividad damos clic en la opción indicada:



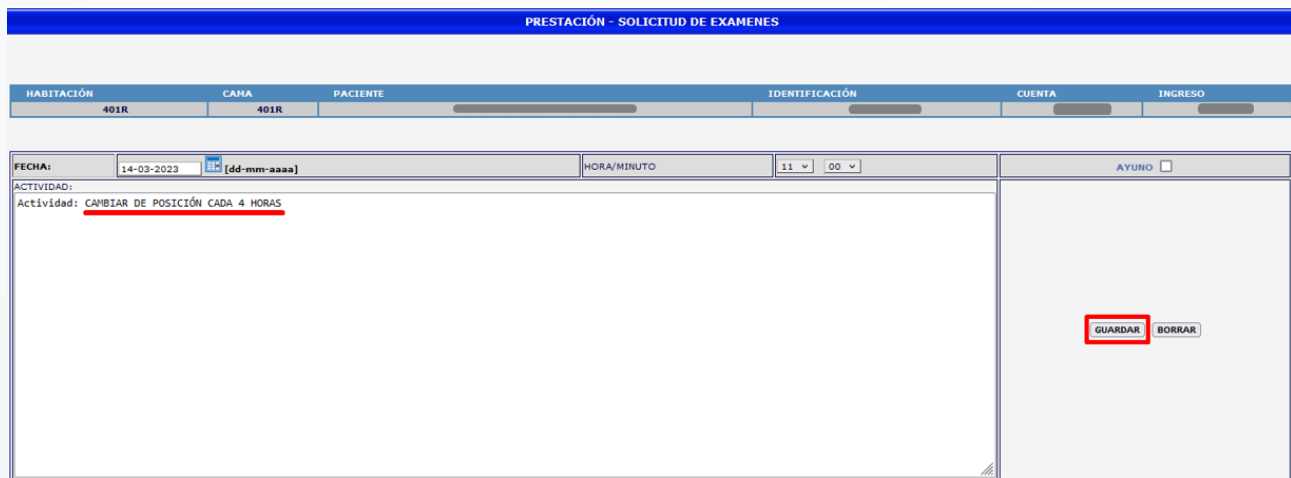
PRESTACIÓN - CONTROLES DE APOYOS DIAGNOSTICOS PENDIENTES : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE

Empresa COSHITET LTDA	Centro Utilidad COSHITET - CALI	Unidad Funcional REV DAVID - CALI	Departamento HOSPITALIZACION - CRD		
HABITACIÓN 401R	CAMA 401R	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	CUENTA	INGRESO

PROGRAMAR ACTIVIDAD

Figura 22 - Programar Controles de Apoyos (2)

Para el ejemplo, agregamos la actividad y damos clic en el botón Guardar para generarla.



PRESTACIÓN - SOLICITUD DE EXAMENES

HABITACIÓN 401R	CAMA 401R	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	CUENTA	INGRESO
--------------------	--------------	----------	----------------	--------	---------

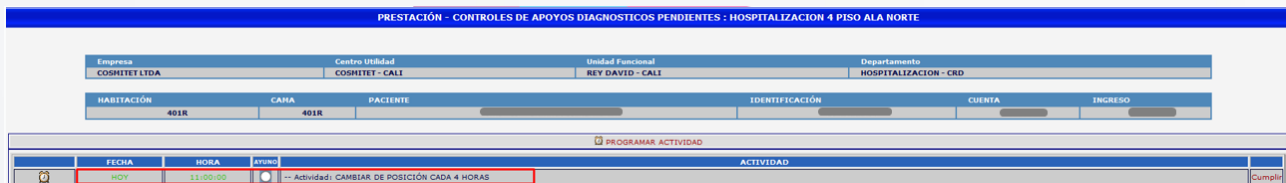
FECHA: 14-03-2023 [dd-mm-aaaa] HORA/MINUTO: 11:00 AYUNO

ACTIVIDAD:
Actividad: CAMBIAR DE POSICIÓN CADA 4 HORAS

GUARDAR BORRAR

Figura 23 - Programar Controles de Apoyos (3)

Al regresar a la pantalla anterior podemos evidenciar que se generó la Actividad programada correctamente:



PRESTACIÓN - CONTROLES DE APOYOS DIAGNOSTICOS PENDIENTES : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE

Empresa COSHITET LTDA	Centro Utilidad COSHITET - CALI	Unidad Funcional REV DAVID - CALI	Departamento HOSPITALIZACION - CRD		
HABITACIÓN 401R	CAMA 401R	PACIENTE	IDENTIFICACIÓN	CUENTA	INGRESO

PROGRAMAR ACTIVIDAD

FECHA	HORA	Año	ACTIVIDAD	Cumplir
14-03-2023	11:00:00		Actividad: CAMBIAR DE POSICIÓN CADA 4 HORAS	

Figura 24 - Programar Controles de Apoyos (4)

Al volver al panel de enfermería, visualmente nos damos cuenta de que se generó un control porque el ícono que inicialmente se mostraba así:



ahora se muestra así:



Para cumplir la actividad ingresamos nuevamente en la opción y damos clic en el botón indicado:

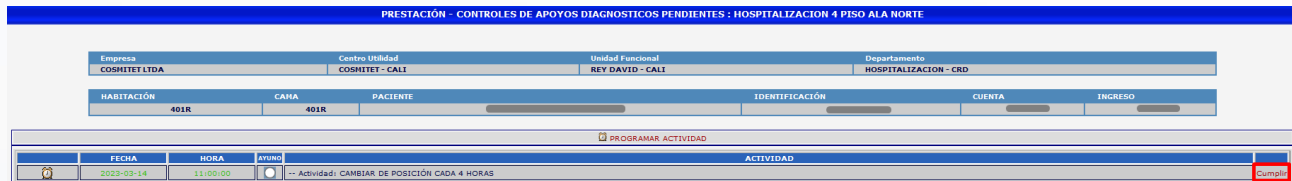


Figura 25 - Cumplir Controles de Apoyos (1)



Figura 26 - Cumplir Controles de Apoyos (2)

Glucometría

Permite visualizar, registrar y programar los controles de Glucometría.



Al ingresar se muestra la ventana donde se puede Programar o ver el Resumen de las Glucometrías:

Para programar la Glucometría se da clic en la opción **“Programar”** y se muestra una ventana donde los usuarios deben seleccionar los turnos y dar clic en Guardar Turnos:

PRESTACIÓN - ESTACIÓN DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE				
Empresa	Centro Utilidad	Unidad Funcional	Departamento	
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	HOSPITALIZACION - CRD	
HABITACION	CAMA	PACIENTE	HORARIO	ACCIÓN
419R	419R-B		--	PROGRAMAR RESUMEN

Figura 27 - Programar Glucometría (1)

PRESTACIÓN - PROGRAMACION DE CONTROLES DE GLUCOMETRIA - [HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE]																								
HABITACION	CAMA	PACIENTE	FECHA PROGRAMACIÓN																					
419R	419R-B		2023-03-14																					
OBSERVACION			TURNOS																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLUCOMETRIA</th> <th>Frecuencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cada 8 horas</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			GLUCOMETRIA	Frecuencia	Cada 8 horas		2 Horas <input type="checkbox"/> Seleccionar Todos <input type="checkbox"/> <table border="1"> <thead> <tr> <th>HORA DEL DÍA</th> <th>SELECCIONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11:00</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>13:00</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>15:00</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>17:00</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>19:00</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>21:00</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>23:00</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		HORA DEL DÍA	SELECCIONAR	11:00	<input checked="" type="checkbox"/>	13:00	<input checked="" type="checkbox"/>	15:00	<input checked="" type="checkbox"/>	17:00	<input checked="" type="checkbox"/>	19:00	<input type="checkbox"/>	21:00	<input type="checkbox"/>	23:00	<input type="checkbox"/>
GLUCOMETRIA	Frecuencia																							
Cada 8 horas																								
HORA DEL DÍA	SELECCIONAR																							
11:00	<input checked="" type="checkbox"/>																							
13:00	<input checked="" type="checkbox"/>																							
15:00	<input checked="" type="checkbox"/>																							
17:00	<input checked="" type="checkbox"/>																							
19:00	<input type="checkbox"/>																							
21:00	<input type="checkbox"/>																							
23:00	<input type="checkbox"/>																							
GUARDAR TURNOS																								

Figura 28 - Programar Glucometría (2)

La programación de la Glucometría queda almacenada correctamente:

PRESTACIÓN - ESTACIÓN DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE				
Empresa	Centro Utilidad	Unidad Funcional	Departamento	
COSMITET LTDA	COSMITET - CALI	REY DAVID - CALI	HOSPITALIZACION - CRD	
HABITACION	CAMA	PACIENTE	HORARIO	ACCIÓN
419R	419R-B		2023-03-14 11:00:00 2023-03-14 13:00:00 2023-03-14 15:00:00 2023-03-14 17:00:00	PROGRAMAR RESUMEN

Figura 29 - Programar Glucometría (3)

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

Rojo: Vencida.

Verde: Activa.

Negro: inactiva.

Al dar clic en la programación activa, el usuario podrá registrar el control del Paciente Diabético (glucometría) registrando los datos: Glucometría, Tipo, Cantidad de Insulina, Vía. Para almacenar la información se da clic en el botón **Ingresar Datos**:

Figura 30 - Registro de Glucometría

El registro es almacenado correctamente:

Una vez almacenado el registro volvemos a la pantalla anterior y en esta podemos consultar la información registrada desde la opción RESUMEN:

PRESTACIÓN - ESTACIÓN DE ENFERMERIA : HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE				
Empresa		Centro Utildad	Unidad Funcional	Departamento
COSHITET LTDA		COSHITET - CALI	REY DAVID - CALI	HOSPITALIZACION - CRD
HABITACION	CAJA	PACIENTE	HORARIO	ACCIÓN
419R	419R-B		2023-03-14 13:00:00 2023-03-14 15:00:00 2023-03-14 17:00:00	PROGRAMAR RESUMEN

Figura 31 - Resumen de Glucometría

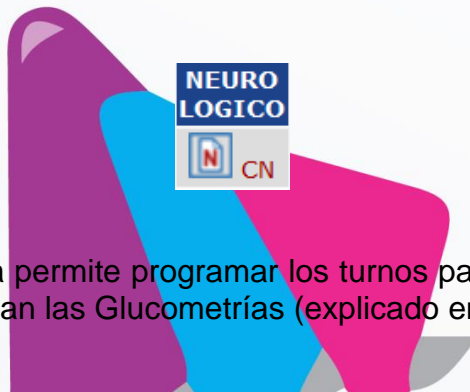
PRESTACIÓN - RESUMEN CONTROL DE GLUCOMETRIA							
HABITACION	CAJA	PACIENTE	IDENTIFICACION		CUENTA	INGRESO	
419R	419R-B						
FECHA	GLUCOMETRIA	INSULINA CRISTALINA		INSULINA NHP	USUARIO		
HOY 11:00:00	123	CANTIDAD	VIA	CANTIDAD	VIA	medico.especialista	
		1	Subcutánea	--	--		

PROGRAMACION DE CONTROLES

Control Neurológico

Permite realizar el Control Neurológico al paciente.

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



Al dar clic en la opción, esta permite programar los turnos para el control neurológico de la misma forma como se realizan las Glucometrías (explicado en el punto anterior).

PRESTACIÓN - PROGRAMACION DE CONTROLES NEUROLOGICOS - [HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE]			
HABITACION	CAJA	PACIENTE	FECHA PROGRAMACION
419R	419R-B		2023-03-14
OBSERVACION		TURNOS	
CONTROL NEUROLOGICO Frecuencia Cada 6 horas Observación REVISIÓN CADA 6 HORAS		1 Hora Seleccionar Todos <input type="checkbox"/>	
		HORA DEL DÍA	SELECCIONAR
		11:00	<input checked="" type="checkbox"/>
		12:00	<input type="checkbox"/>
		13:00	<input type="checkbox"/>
		14:00	<input type="checkbox"/>
		15:00	<input type="checkbox"/>
		16:00	<input type="checkbox"/>
		17:00	<input type="checkbox"/>
		18:00	<input type="checkbox"/>
		19:00	<input type="checkbox"/>
		20:00	<input type="checkbox"/>
		21:00	<input type="checkbox"/>
		22:00	<input type="checkbox"/>
		23:00	<input type="checkbox"/>

PROGRAMACION DE CONTROLES

Figura 32 - Control Neurológico

Ordenes de servicio

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



PRESTACIÓN - DETALLE SOLICITUDES - CENTRAL DE IMPRESION HOSPITALARIA

IDENTIFICACION: _____ PACIENTE: _____

PLAN: PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (PBS-PAC-PYH) 353-2020

SERVICIO:	HOSPITALARIO	DEPARTAMENTO:	HOSPITALIZACION - CRD	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO							
FECHA:	3/01/2023 11:24:00	SOLICITUD:	20045347	CARGO:	862326	DESCRIPCION:	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	OBSERVACION	sistema vac tallam. # 2	CANTIDAD	1	TIPO	Procedimientos

EL CARGO EQUIVALENTE DEL TARIFARIO NO ESTA INCLUIDO EN EL PLAN TARIFARIO.

RESERVA DE SANGRE

INGRESO: 5298789

PRESTACIÓN - ORDENES SERVICIO AUTORIZADAS

NUMERO DE ORDEN DE SERVICIO 13175383

TIPO AFILIADO:	Especiales o de Excepción Beneficiario	RANGO:	PUERTOS PAC	SEMANAS COT.:	0	SERVICIO:	HOSPITALARIO
AUT. INT.:	15734266	AUT. EXT.:	15734266	AUTORIZADOR:	GABRIEL ANDRES PAZMIÑO GUERRERO		
PLAN:	PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (PBS-PAC-PYH) 353-2020						

ITEM	CANT:	CARGO	DESCRIPCION	COHITE	PROVEEDOR
18637142	1	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		DPTO. HOSPITALIZACION - CRD
CÓDIGO TARIFARIO			DESCRIPCIÓN TARIFARIO		
16			CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS		
CÓDIGO SUBGRUPO TARIFARIO			DESCRIPCIÓN SUBGRUPO TARIFARIO		
B5			ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [VALORACION]		
OBSERVACIONES:			INTERCONSULTA HOSPITALARIA		
ACTIVACION:	27/02/2023	VENCI:	26/08/2023	REFRENDAR HASTA:	26/08/2023
ESTADO:	ACTIVO				

IMPRIMIR POS
 IMPRIMIR
 DESCARGAR MEDIA CARTA

Figura 33 - Órdenes de Servicio

Sabana de enfermería

Permite al personal de enfermería realizar las actividades relacionadas con el proceso de atención de los pacientes en la estación.

PRESTACIÓN - SABANA DE ENFERMERIA

MOstrar/OCULTAR

FILTROS

FECHA DESDE: 14-03-2023 [dd-mm-aaaa] FECHA HASTA: 14-03-2023 [dd-mm-aaaa]

EMPRESA: COSHITEL LTDA CENTRO UTILIDAD: COSHITEL - CALI UNIDAD FUNCIONAL: REY DAVID - CALI DEPARTAMENTO: HOSPITALIZACION - CRD

PACIENTE: IDENTIFICACION: CUENTA: INGRESO:

VOLVER - SELECCIONAR ESTACION - CONSULTAR SABANA - RECARGAR

REGISTRO DIARIO ENFERMERIA | SIGNOS VITALES | CURACIONES | CONTROL DE LIQUIDOS | VENTILACION MECANICA | NOTAS DE ENFERMERIA | MEDICAMENTOS | EVOLUCIONES | PLAN TERAPEUTICO

HISTORICO

VALORACION POR SISTEMAS (HOY 14-03-2023)

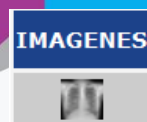
APLICAR DISPOSITIVOS | RECARGAR | HISTORICO

SONDAS, CATERES Y DISPOSITIVOS (HOY 14-03-2023)			
DISPOSITIVO	FECHA INSERCIÓN	FECHA DE CAMBIO	OBSERVACIONES
Vena Periferica			
Linea Arterial			
Cateter de Majurka			
Cateter Swan Ganz			
Marcapasos			
Balon de Contrapulsacion			
Cateteres			

Figura 34 - Sábana de Enfermería

Imágenes

Opción que permite visualizar los estudios de imagenología radiológica que tiene el paciente.



Al dar clic en la opción se despliega una ventana en la que se listan los estudios que hayan sido tomados al paciente:

NO	Name	Patient ID	Sex	Birth date	Ref. Physician
1	TORAX AP	DX	20180308		
	TAC DE TORAX SIMPLE CTE	CT	20180315		
	CARD 512	XA	20190318		
	TAC DE CRANEO S URG FCN	CT	20190311		
	TAC CEREBRO SIMPLE SIMPLE CONTRASTE	CT	20190313		
	TORAX	DX	20190521		

Figura 35 - Sábana de Enfermería

Al dar clic en el estudio que se requiere visualizar, se despliega la imagen:

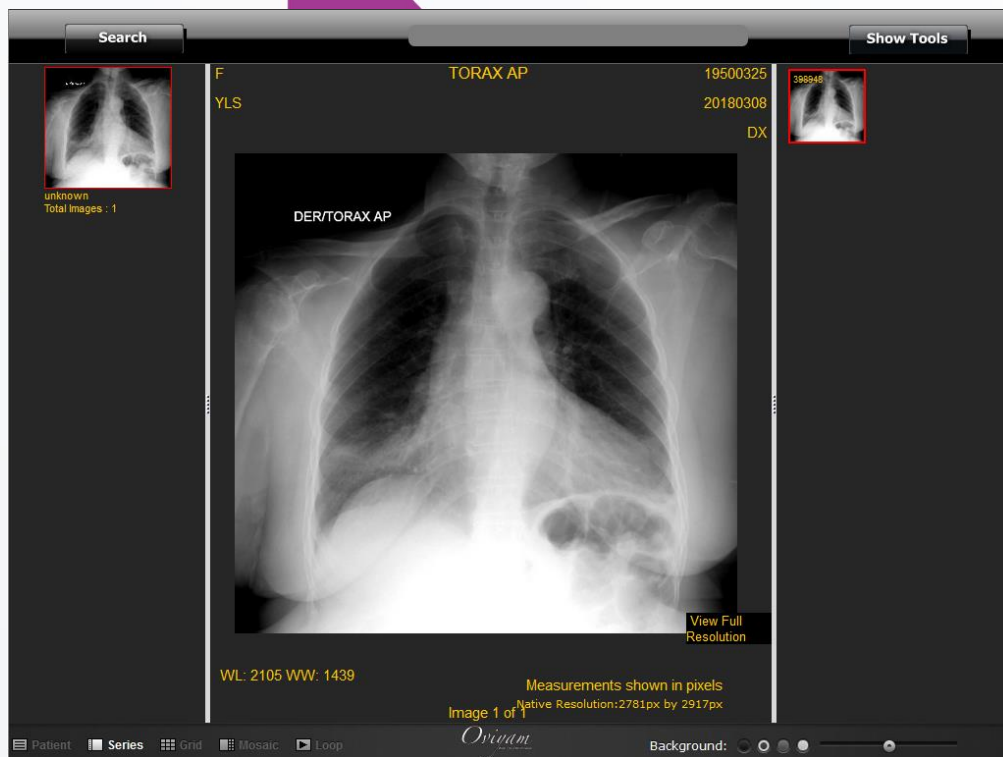


Figura 36 - Imágenes diagnósticas (2)

Profesional último acceso a HC

Opción que muestra solo a modo de consulta el nombre del último médico que accedió a la Historia Clínica del paciente:



Opciones adicionales de consulta

El panel de enfermería (Estaciones de enfermería) cuenta con opciones para consultar la siguiente información:

- Exámenes no Autorizados ENA ■
- Exámenes no Tomados ENT ■
- Exámenes sin Resultados ESR ■
- Exámenes Autorizados Externos EAE ■
- Documentos pendientes por digitalizar DPD ■

Figura 37 - Consulta información exámenes y documentos (1)

Como se indica en la imagen anterior, cada opción maneja un color (semaforización). Para consultar la información requerida damos clic sobre el número del ítem requerido. Ejemplo:

DPD	ENA	ENT	ESR	EAE
0	0	0	2	1

Figura 38 - Consulta información exámenes y documentos (2)

PRESTACIÓN - DETALLE SOLICITUDES - [HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE]

DATOS PACIENTE						
IDENTIFICACION:		PACIENTE:		PLAN:	PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (PBS-PAC-PYM) 353-2020	
PLAN:PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (PBS-PAC-PYM) 353-2020						
Exámenes no Autorizados ENA						
FECHA	SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO
Exámenes no Tomados ENT						
FECHA	SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO
Exámenes sin Resultados ESR						
FECHA	SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO
4/02/2023 06:42:19	20366479	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL		1	Apoyo Diagnostico
4/02/2023 06:42:19	20366480	882101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		1	Apoyo Diagnostico
Exámenes Autorizados Externos EAE						
FECHA	SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCION	OBSERVACION	CANTIDAD	TIPO
8/12/2022 03:18:51	19733939	881202	ECCARDIOGRAMA TRANSTORACICO		1	Apoyo Diagnostico

Figura 39 - Consulta información exámenes y documentos (3)

3.0 HISTORIA CLÍNICA

Es la parte del sistema que contiene todos los submódulos que permiten registrar y consultar la información clínica del paciente.

Para iniciar la atención del paciente en el sistema damos clic en el icono “HC”.

	HAB.	CAMA	PACIENTE	
	401R	401R	PEPITO PEREZ PERENCEJO	

Figura 40 - Ingreso a Historia Clínica

Al ingresar a la Historia Clínica se muestra la pantalla indicada a continuación, la cual contiene las diferentes opciones y controles que permiten al personal médico asistencial

consultar información y generar solicitudes, y en términos generales realizar todas las actividades propias del proceso de atención de los pacientes.



PACIENTE		PACIENTE HOSPITALIZADO	
IDENTIFICACION	[REDACTED]	SEXO	[REDACTED]
FECHA INGRESO	07/12/2022	TIEMPO HOSP	34 Dias 0 Horas
OCCUPACION	AMIA DE CASA	DATOS ACUDIENTE (S)	
NOMBRE	[REDACTED]	PARENTESCO	Conocido
DIRECCION	[REDACTED]	TELEFONO	[REDACTED]
DEPARTAMENTO	HOSPITALIZACION - CRD	CAJA	401R
UBICACION	HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE		
HABILITACION	401R		

Figura 41 - Historia Clínica

3.0.1 RESULTADOS DE LABORATORIO

Permite consultar los resultados de laboratorio de los pacientes. El sistema ordena los registros por la fecha de cumplimiento del examen. Para visualizar los resultados teniendo en cuenta la fecha se da clic en el botón HTML para generar el reporte:



COSMETET LTDA - ACTUAL

FECHA CUMPLIMIENTO	PDF/ HTML
2018-03-06	HTML
2018-03-07	HTML
2018-03-08	HTML
2018-03-11	HTML
2018-03-12	HTML
2018-03-13	HTML
2018-03-14	HTML

Figura 42 - Resultados de laboratorio

COSMETET LTDA

PACIENTE: [REDACTED] GÉNERO: [REDACTED] FECHA INGRESO: 2018-03-06 08:34:26
 HISTORIA: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] PUNTO DE ATENCIÓN:
 SERVICIO: AMBULATORIO HABITACIÓN:
 EMPRESA: COSMETET LTDA. NET 830023202-1 PLAN: PROGRAMAMA FERROCARRILES Y PUERTOS PAC

EXAMEN: 903026 - MICROALBUMINURIA POR EIA							
EXAMEN	RESULTADO	*	V.MIN	V.MAX	UNIDADES	PAT.	
MICROALBUMINURIA EN ORINA ESPONTANEA	572.90 mg/L	*	0	20	mg/L		
COMENTARIO:							
CC - 0123456 SISTEMA MEDICO(A) ESPECIALISTA							

EXAMEN: 903895 - CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS							
EXAMEN	RESULTADO	*	V.MIN	V.MAX	UNIDADES	PAT.	
CREATININA EN SUERO	0.91 mg/dl	*	0.5	0.9	mg/dl		
COMENTARIO: VALORES DE REFERENCIA: NEONATOS PREMATUROS: 0.29 - 1.04 mg/dl							
CC - 0123456 SISTEMA MEDICO(A) ESPECIALISTA							

3.0.2 HISTORIA CLÍNICA ACTUAL

Permite modificar la visualización del menú de Historia Clínica, cambiándolo de dinámico a estático:



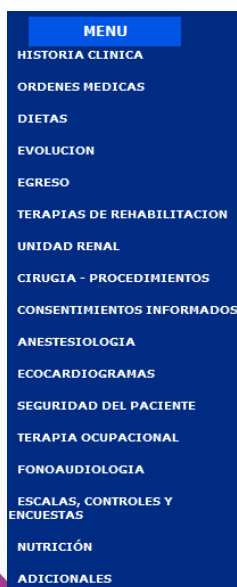


Figura 43 - Historia Clínica actual

3.0.3 BOTONES DE NAVEGACIÓN



Permiten navegar entre los submódulos avanzando o retrocediendo en cada uno de estos.

3.0.4 HISTORIAL



Esta opción permite consultar el historial clínico correspondiente a las atenciones del paciente, mostrando la información de manera cronológica.

PRESTACIÓN - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA			
HISTORIAL CRONOLOGICO DEL PACIENTE			
Ingreso No.: 5298789			
Fecha de Ingreso : 2022-12-07			
Departamento : HOSPITALIZACION - CRD			
Evolución No.: 13303875	2023-03-14	Profesional:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303790	2023-02-27	Profesional:	EDWARD WALTEROS RAMIREZ - CIRUJANO ORTOPEDISTA - CLINICA REY DAVID
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303789	2023-02-27	Profesional:	GABRIEL ANDRES PAZMIÑO GUERRERO - MEDICO GENERAL URGENCIAS CRD
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303788	2023-02-27	Profesional:	GABRIEL ANDRES PAZMIÑO GUERRERO - MEDICO GENERAL URGENCIAS CRD
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303710	2023-02-17	Profesional:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303693	2023-02-14	Profesional:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303687	2023-02-10	Profesional:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Triaje - 0 :			156629
Evolución No.: 13303631	2023-02-09	Profesional:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA

Figura 44 - Historial

Para consultar datos específicos damos clic sobre el registro que se requiera consultar y se despliega la información de la atención de la fecha seleccionada.

PACIENTE: CC		EDAD EN LA ATENCIÓN:		SEXO:	HC:
CLIENTE: FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA		PLAN: PROGRAMA FERROCARRILES Y PUERTOS (PBS-PAC-PYM) 353-2020		TIPO AFILIADO: Especiales o de Excepción Beneficiario	
DIRECCIÓN SEL 26 39 22 VALLE DEL CAUCA-CALI					
FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL				
2023-01-23	10/01	isabel.hernandez - ISABEL CRISTINA HERNANDEZ GOMEZ MOTIVO DE CONSULTA : ENFERMEDAD ACTUAL :			
2022-12-07	19/34	ana.mina - ANA HELENA MINA VIERA MOTIVO DE CONSULTA :			
EXAMEN FISICO					
PROFESIONAL:	SISTEMA	ESTADO	FECHA: 2022-12-07 OBSERVACIONES		
	Neurológico (1)	ANORMAL			
	OsteoMuscular (8)	ANORMAL			
	General (12)	NORMAL			
	Piel y Faneras (21)	ANORMAL			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS		OBSERVACION	
4418	OTRAS SEPSIS ESPECIFICADAS				
8962	ESCHERICHIA COLI E. COLI COMO CAUSA DE ENFERMEADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS				
1482	FIBRILACION AURICULAR CRONICA				
L384	ULCERA CRONICA DE LA PIEL NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE				
R450	SOMNOLENCIA				

3.0.5 LECTURA DE APOYOS DIAGNÓSTICOS

Desde este ítem los médicos podrán consultar los apoyos diagnósticos que han sido solicitados al paciente, con la opción de realizar la Interpretación Médica.



PRESTACIÓN - LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS						
MEDICO (A) ESPECIALISTA - ELIAS VIEDA			EXAMENES SOLICITADOS AL PACIENTE POR:			
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION	
13303793	2023-02-28		RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL - 3	Cumplido	Realizar Interpretacion Medica	
OTROS PROFESIONALES DE OTROS DEPARTAMENTOS						
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION	
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - 3	Resultado Sin Firma	Leido Profesional Otro Dpto	
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - 3	Resultado Sin Firma	Leido Profesional Otro Dpto	
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	Leido Profesional Otro Dpto	
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO - 4	Resultado Completo	Leido Profesional Otro Dpto	

45 - Lectura de Apoyos Diagnósticos

3.0.6 SÁBANA DE ENFERMERÍA

Este es un acceso directo para consultar la Sábana de Enfermería del paciente, aclarando que los datos son registrados en otra parte del sistema.

PRESTACIÓN - SÁBANA DE ENFERMERIA																																					
FILTROS																																					
FECHA:		14-03-2023		IC		[dd-mm-aaaa]																															
								RECARGAR																													
CERRAR																																					
MONITORIA HEMODINAMICA												BALANCE DE LIQUIDOS						CONTROL DE VENTILACION MECANICA																			
hora	DAD	PAM	FC	FR	Di%	PPV	PPV	PCCP	CI	IC	IRV%	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV	ITV		
hora	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	GO	
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					

Figura 46 - Sábana de enfermería

3.0.7 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Opción para consultar las Imágenes Diagnósticas que hayan sido tomadas al paciente. Al dar clic en el ícono correspondiente se despliega una ventana con la información de los estudios.

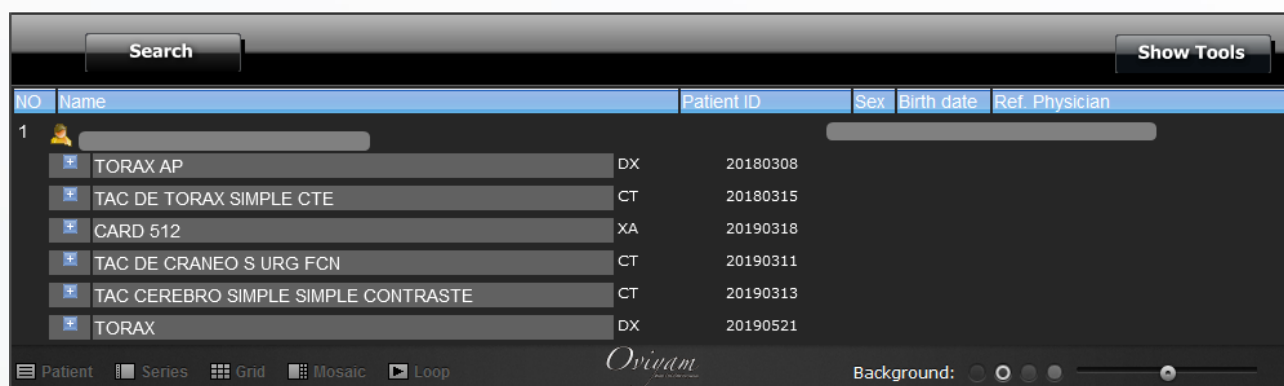


Figura 47 - Imágenes Diagnósticas HC (1)

Al dar clic en el estudio que se requiere visualizar, se despliega la imagen:

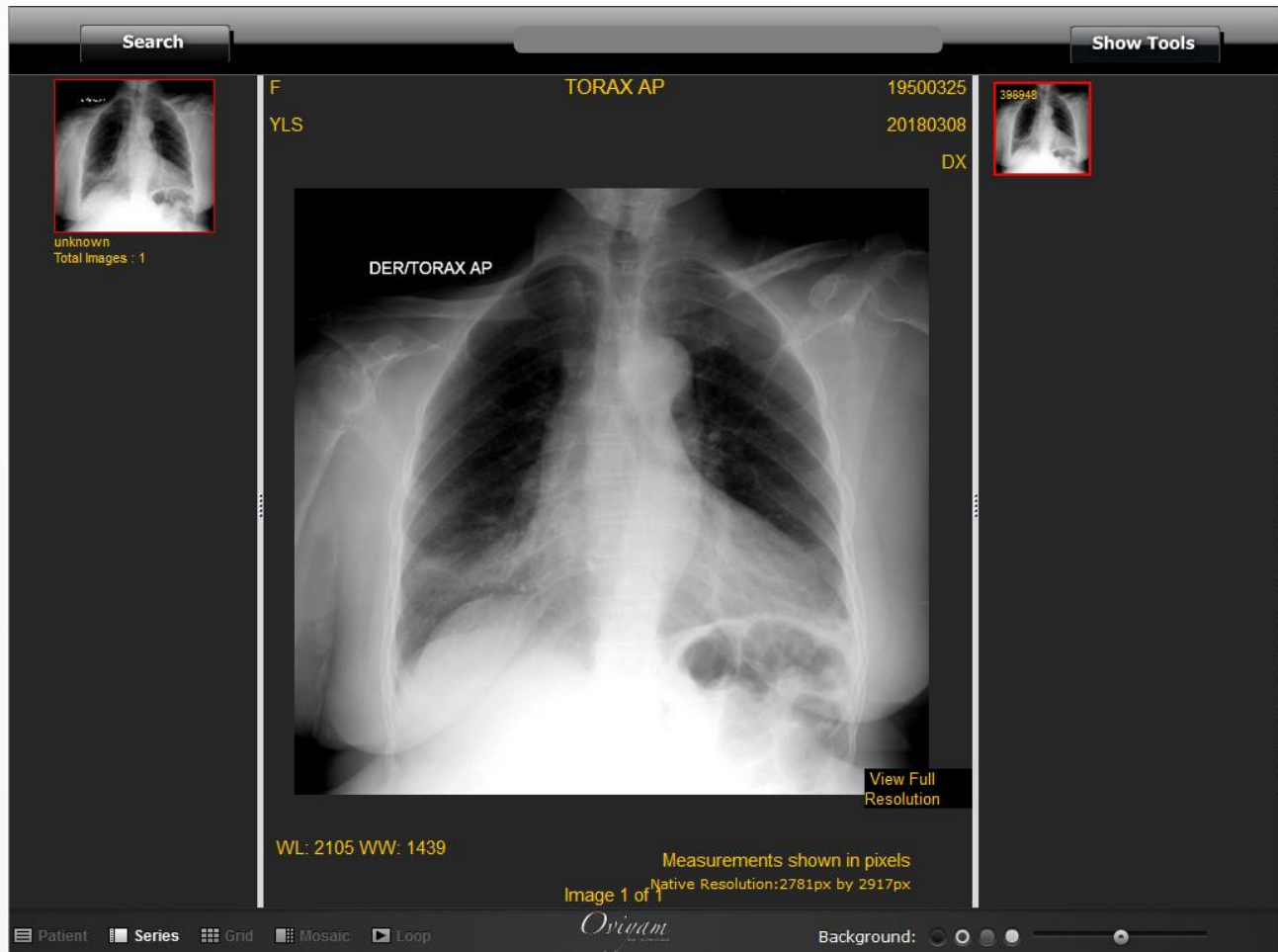


Figura 48 - Imágenes Diagnósticas HC (2)

3.0.8 CONSULTA HC EMPRESAS

Esta opción permite consultar la información de las atenciones (Historias Clínicas) que el paciente haya tenido en otras empresas.

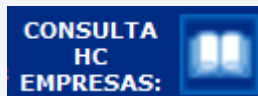




Figura 49 - HC Empresas

4.0 MENÚ HISTORIA CLÍNICA

Este ítem está conformado por todos los submódulos que pueden ser usados por el personal asistencial para el registro de la información clínica del paciente en la Historia Clínica.

MENU
HISTORIA CLINICA
ORDENES MEDICAS
DIETAS
EVOLUCION
EGRESO
TERAPIAS DE REHABILITACION
UNIDAD RENAL
CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
ANESTESIOLOGIA
ECOCARDIOGRAMAS
SEGURIDAD DEL PACIENTE
TERAPIA OCUPACIONAL
FONOAUDIOLOGIA
ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS
NUTRICIÓN

4.0.1 HISTORIA CLÍNICA - OCUPACIÓN PACIENTE

Este submódulo permite registrar la información de la ocupación del paciente. En caso de que previamente esta información haya sido registrada se mostrará en pantalla.



PRESTACIÓN - OCUPACION DEL PACIENTE		
	OCUPACION	OCUPACION PACIENTE
MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA		NOTA

Figura 50 - Ocupación paciente

Si el médico considera relevante agregar alguna nota de observación relacionada con la ocupación del paciente lo puede hacer desde la opción llamada **NOTA**.

PRESTACIÓN - DESCRIPCIÓN OCUPACION DEL PACIENTE

CODIGO: OCUPACION: BUSQUEDA AVANZADA DE OCUPACIONES

DESCRIPCIÓN OCUPACION
MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA

DESCRIPCIÓN: pruebas de nota.

PRESTACIÓN - OCUPACION DEL PACIENTE

OCUPACION	OCUPACION PACIENTE	NOTA
MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA		<input type="checkbox"/>
FECHA	DESCRIPCIÓN DE LAS OCUPACIONES ACTUALES Y/O ANTERIORES DEL PACIENTE	
2023-03-14	21:57	medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA DESCRIPCIÓN: pruebas de nota.

4.0.2 - HISTORIA CLÍNICA - MOTIVO DE INGRESO EA

Permite al médico agregar la información del Motivo de Consulta y Enfermedad actual del paciente



PRESTACIÓN - MOTIVO CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA	ENFERMEDAD ACTUAL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="button" value="INSERTAR"/>		
MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL		
FECHA	18:23	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2023-01-24		MOTIVO DE CONSULTA: ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE

Figura 51 - Motivo de ingreso

4.0.3 HISTORIA CLÍNICA - ANTECEDENTES

Submódulo que permite consultar y registrar antecedentes del paciente tanto personales como familiares. Al digitar la información requerida damos clic en el botón **Aceptar** para almacenar el registro.

Tener en cuenta en el detalle de los antecedentes:

- **OP:** Opción **SI** o **NO** presenta antecedentes.
- **TIPO:** **P**(personales) o **F** (familiares).
- **DETALLE:** Como su nombre lo indica es el detalle (obsevación) de los antecedentes.
- **F.REGIS1:** Fecha del registro de los antecedentes.

PRESTACIÓN - ANTECEDENTES FAMILIARES

MOSTRAR: |

ANTECEDENTES--	FAMILIARES	PERSONALES*	DETALLE			
Actividad Física	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS1
			NO	P	NIEGA REALIZAR	2022-12-29
			NO	P	YA MENCIONADOS	2023-01-05
			NO	F	NIEGA	2023-01-05
			NO	F	NIEGA REALIZAR	2022-12-29
Alcoholismo	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR				
Alergicos	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR PINTURA	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR PINTURA				

Figura 52 - Antecedentes

PRESTACIÓN - ANTECEDENTES FAMILIARES

MOSTRAR: |

ANTECEDENTES--	FAMILIARES	PERSONALES*	DETALLE			
Actividad Física	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS1
			NO	P	NIEGA REALIZAR	2022-12-29
			NO	P	YA MENCIONADOS	2023-01-05
			NO	F	NIEGA	2023-01-05
			NO	F	NIEGA REALIZAR	2022-12-29
Alcoholismo	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS1
			SI	P	PINTURA	2023-03-14
			NO	F	PINTURA	2023-03-14
Alergicos	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="checkbox"/> RESALTAR				

4.0.4 HISTORIA CLÍNICA - EXAMEN FÍSICO

Submódulo que permite al médico registrar la información del examen físico realizado al paciente. Por defecto los ítems del examen físico están seleccionados como NO EVALUADOS. El profesional en su proceso de atención registra los ítems de acuerdo con el estado del paciente.

HISTORIA CLINICA

Examen Físico

PRESTACIÓN - EXAMEN FÍSICO

SISTEMA	SISTEMA EVALUADO		HALLAZGOS
	NORMAL	NO EVALUADO	
Neurologico (1)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Insertar</p>
Nervioso Central y Periferico (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Organos de los Sentidos (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiovascular (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Respiratorio (5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gastrointestinal (6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Genitourinario (7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteomuscular (8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Esfera Mental (9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel (10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistema Endocrino (11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
General (12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cabeza y Cuello (14)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cardiopulmonar (16)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mamas (17)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Abdomen (18)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ginecologico (19)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Extremidades (20)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Piel y Faneras (21)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hematopoyetico(22)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Anal-rectal / Prolata (23)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sistematico Respiratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

HOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-

FECHA	EVOLUCION	SISTEMA	ESTADO	OBSERVACION
		Luisa.dealba - LUISA FERNANDA DE ALBA MEDINA		
		Neurologico (1)	NORMAL	

Figura 53 - Examen físico

4.0.5 HISTORIA CLÍNICA - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

HISTORIA CLINICA

Impresion Diagnostica

Este submódulo permite a los médicos agregar el/los diagnósticos de ingreso al paciente. La búsqueda de los diagnósticos se puede realizar por la descripción o por el código CIE 10 si se conoce.

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE INGRESO

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO: BUSQUEDA

Figura 54 - Impresión Diagnóstica

Al realizar la búsqueda el sistema genera un listado con todas las coincidencias del texto buscado. El médico agregará el diagnóstico requerido definiendo si es principal o secundario y su tipo (Impresión diagnóstica, confirmado nuevo o confirmado repetido).

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE INGRESO

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

CODIGO	DIAGNOSTICO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	TIPO DX			OPCION
			PRINCIPAL/SECUNDARIO	TIPO DX		
N020	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE ANOMALIA GLOMERULAR MINIMA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N021	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE LESIONES GLOMERULARES FOCALES Y SEGMENTARIAS		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N022	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA DIFUSA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N023	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA MESANGIAL DIFUSA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N024	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA ENDOCAPILAR DIFUSA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N025	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS MESANGIOCAPILAR DIFUSA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N026	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE ENFERMEDAD POR DEPOSITOS DENSOS		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N027	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS DIFUSA EN MEDIA LUNA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N028	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE OTRAS		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
N029	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE NO ESPECIFICADA		PRINCIPAL	<input type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR
R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA		PRINCIPAL	<input checked="" type="radio"/> ID	<input type="radio"/> CN	<input type="radio"/> CR

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

El diagnóstico es almacenado correctamente:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE INGRESO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR	NOTA	ESTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	ID	R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA	<input type="button" value="X"/>	<input type="button" value="N"/>	<input type="button" value="R"/>

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

4.0.6 HISTORIA CLÍNICA - ÍNDICE DE TRAUMA REVISADO

HISTORIA CLINICA

Índice de Trauma Revisado - ITR

Este submódulo permite registrar el índice de trauma. El proceso consiste en agregar la información del formulario en cada sección y al final dar clic en el botón **Insertar**.

PRESTACIÓN - ÍNDICE DE TRAUMA REVISADO - ITR

REGISTRO DE ÍNDICES DE TRAUMAS REVISADOS 14/03/2023 [dd/mm/aaaa] 22 48

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR TAS entre 80 y 100 - PULSO entre 100 y 140

SISTEMA RESPIRATORIO FR mayor que 25 y menor o igual que 35

INSERTAR

EL PACIENTE AUN NO PRESENTA ÍNDICES DE TRAUMA

Figura 55 - Índice de trauma revisado

Al guardar la información, en la parte inferior se muestra el registro, calculando y resaltando el índice de trauma en color rojo:

PRESTACIÓN - ÍNDICE DE TRAUMA REVISADO - ITR

REGISTRO DE ÍNDICES DE TRAUMAS REVISADOS 14/03/2023 [dd/mm/aaaa] 22 57

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR TAS entre 80 y 100 - PULSO entre 100 y 140

SISTEMA RESPIRATORIO FR mayor que 25 y menor o igual que 35

INSERTAR

LISTADO DE ÍNDICES DE TRAUMA

FECHA	HORA	REGION	TRAUMA	CARDIOVASCULAR	RESPIRATORIO	SNC	ÍNDICE DE TRAUMA	USUARIO
2023-03-14	22:57	1	1	3	3	5	13	medico.especialista

4.0.7 HISTORIA CLÍNICA - TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA



Al dar clic en **Transfusiones Sanguíneas** se despliega un formulario que permite registrar la información de las unidades de sangre trasfundidas al paciente. La información que se debe registrar es:

- ✓ 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**.

PRESTACIÓN - DATOS TRANSFUSIONES SANGUINEAS

DESCRIPCION	NUMERO DE IDENTIFICACION UNIDADES TRANSFUNDIDAS
NUMERO DE SELLO NACIONAL DE CALIDAD: 1141748	890-SX-001-202312
NUMERO DE BOLSA: 1141748	
COMPONENTE SANGUINEO: Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	
FECHA DE VENCIMIENTO: 21-03-2024	[dd-mm-aaaa]
TIPO SANGUINEO: O +	
ENTIDAD ORIGEN COMPONENTE: CRUZ ROJA COLOMBIANA	
FECHA Y HORA DE INICIO TRANSFUSION: 08-03-2023 12:04	
GUARDAR	

Figura 56 - Transfusión sanguínea

El registro es almacenado correctamente:

PRESTACIÓN - DATOS TRANSFUSIONES SANGUINEAS

DESCRIPCION	NUMERO DE IDENTIFICACION UNIDADES TRANSFUNDIDAS
NUMERO DE SELLO NACIONAL DE CALIDAD: 1141748	
NUMERO DE BOLSA: 1141748	
COMPONENTE SANGUINEO: Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	
FECHA DE VENCIMIENTO: 21-03-2024	[dd-mm-aaaa]
TIPO SANGUINEO: O +	
ENTIDAD ORIGEN COMPONENTE: CRUZ ROJA COLOMBIANA	
FECHA Y HORA DE INICIO TRANSFUSION: 14-03-2023 06:29	
GUARDAR	

FECHA INICIO TRANSFUSION	BOLSA -ALICUOTA-	# SELLO CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPONENTE	BOLSAS TRANSFUNDIDAS	FECHA FINAL TRANSFUSION	REACCIONES ADVERSAS	USUARIO
mar 08 de 2023	1141748 - PRINCIPAL -	890-SX-001-202312	mar 21 de 2024	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	O +	mar 08 de 2023 23:06	INSERTAR	medico.especialista

En caso de que en el proceso se presenten reacciones adversas, el formulario tiene una opción para registrarlas:

FECHA INICIO TRANSFUSION	BOLSA -ALICUOTA-	# SELLO CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPONENTE	BOLSAS TRANSFUNDIDAS	FECHA FINAL TRANSFUSION	REACCIONES ADVERSAS	USUARIO
mar 08 de 2023	1141748 - PRINCIPAL -	890-SX-001-202312	mar 21 de 2024	Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	O +	mar 08 de 2023 23:06	INSERTAR	medico.especialista

PRESTACIÓN - EDICIÓN DE LA PLANTILLA

Ingresar G.S. y R.H.

FECHA	BOLSAS	# SELLO CALIDAD	FECHA VENCIMIENTO
mar 08 de 2023 12:04	1141748	890-SX-001-202312	mar 21 de 2024

DATOS REACCION TRANSFUSIONAL

FECHA INICIO REACCION: 08-03-2023 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm): 13:00

FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION: 08-03-2023 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm): 13:00

FECHA NOTIFICACION MEDICO: 08-03-2023 [dd-mm-aaaa] HORA (hh:mm): 13:10

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION
[BUSCAR]	

USO LIQUIDOS ENDOVENOSOS

pruebas

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCION

pruebas

SELECCION REACCION

Positivo Neutral Negativo

GUARDAR

[Volver al listado de transfusiones](#)

Una vez almacenada la reacción adversa, al volver al formulario anterior se muestra la opción en la que podemos consultar la información registrada de dicha reacción adversa:

FECHA INICIO TRANSFUSION	BOLSA -ALICUOTA-	# SELLO CALIDAD	FECHA DE VENCIMIENTO	BOLSAS TRANSFUNDIDAS	COMONENTE	G.S. RH	FECHA FINAL TRANSFUSION	REACCIONES ADVERSAS	USUARIO
mar 08 de 2023	1141748 - PRINCIPAL -	890-SX-001-202312	mar 21 de 2024	Oblulos Rojas Pobres en Leucocitos	O +		mar 08 de 2023 23:06	[5]	medico-especialista

PRESTACIÓN - CONSULTA DE LA REACCION TRANSFUSIONAL

Ingresar G.S. y R.H.

FECHA	BOLSAS	# SELLO CALIDAD	FECHA VENCIMIENTO
mar 08 de 2023 12:04	1141748	890-SX-001-202312	mar 21 de 2024

DATOS REACCION TRANSFUSIONAL

FECHA INICIO REACCION: MAR 08 DE 2023 13:00

FECHA SUSPENSIÓN TRANSFUSION: MAR 08 DE 2023 13:00

FECHA NOTIFICACION MEDICO: MAR 08 DE 2023 13:10

USO LIQUIDOS ENDOVENOSOS

pruebas

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA REACCION

pruebas

SELECCION REACCION

Positivo Neutral Negativo

[Volver al listado de transfusiones](#)

4.0.8 HISTORIA CLÍNICA - FINALIDAD DE LA ATENCIÓN

HISTORIA CLINICA

Finalidad Atencion

Al dar clic en la opción **Finalidad Atención** se despliega un formulario en el que el médico podrá definir el objeto de la consulta seleccionando la **Finalidad** si aplica o no y eligiendo si es de Control, Primera Vez, Control de Enfermería, Agudeza Visual o si no es de Promoción y Prevención. Para almacenar la información se debe dar clic en el botón **Insertar**.

PRESTACIÓN - FINALIDAD DE LA ATENCIÓN			
<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 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).			
<input type="button" value="Insertar"/>			

Figura 57 - Finalidad de la atención

PRESTACIÓN - FINALIDAD DE LA ATENCIÓN

Datos Guardados Satisfactoriamente

4.0.9 HISTORIA CLÍNICA - ORIGEN DE LA ATENCIÓN

HISTORIA CLINICA

Origen de Atencion

Este formulario de la Historia Clínica permite registrar el dato del Origen de la Atención del paciente. Esta información es requerida principalmente para los archivos RIPS

PRESTACIÓN - ORIGEN DE LA ATENCION		
<input type="radio"/> Accidente de trabajo	<input type="radio"/> Accidente de tránsito	<input type="radio"/> Accidente rabico
<input type="radio"/> Accidente eléctrico	<input type="radio"/> Otro tipo de accidente	<input type="radio"/> Evento catastrófico
<input type="radio"/> Lesión por agresión	<input type="radio"/> Lesión auto infligida	<input type="radio"/> Sospecha de maltrato físico
<input type="radio"/> Sospecha de abuso sexual	<input type="radio"/> Sospecha de violencia sexual	<input type="radio"/> Sospecha de maltrato emocional
<input checked="" type="radio"/> Enfermedad general	<input type="radio"/> Enfermedad profesional	<input type="radio"/> Otra

Figura 58 - Origen de la atención

PRESTACIÓN - ORIGEN DE LA ATENCION

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE

4.0.10 HISTORIA CLÍNICA - SOLICITUDES PENDIENTES



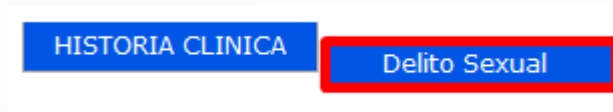
En este formulario se muestran las solicitudes pendientes que tiene el paciente. Las solicitudes pendientes son aquellas que el médico ha solicitado y que no fueron autorizadas ni realizadas al paciente. En este formulario el médico definirá si continúa con las solicitudes o si las cancela.

NOTA: En caso de que existan solicitudes pendientes, al definir conducta de salida y cerrar la Historia Clínica se mostrarán al médico para que elija si continúan con el proceso o si las cancela.

PRESTACIÓN - SOLICITUDES PENDIENTES							
FECHA SOLICITUD	ID SOLICITUD	CARGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TIPO SOLICITUD	OBSERVACIÓN	OPCIÓN
2023-03-14	20366846	903863	<input type="text" value="SODIO EN ORINA DE 24 HORAS"/>	1	SOLICITUDES DE APOYOS DIAGNOSTICOS.		<input type="checkbox"/>

Figura 59 - Solicitudes pendientes

4.0.11 HISTORIA CLÍNICA - DELITO SEXUAL

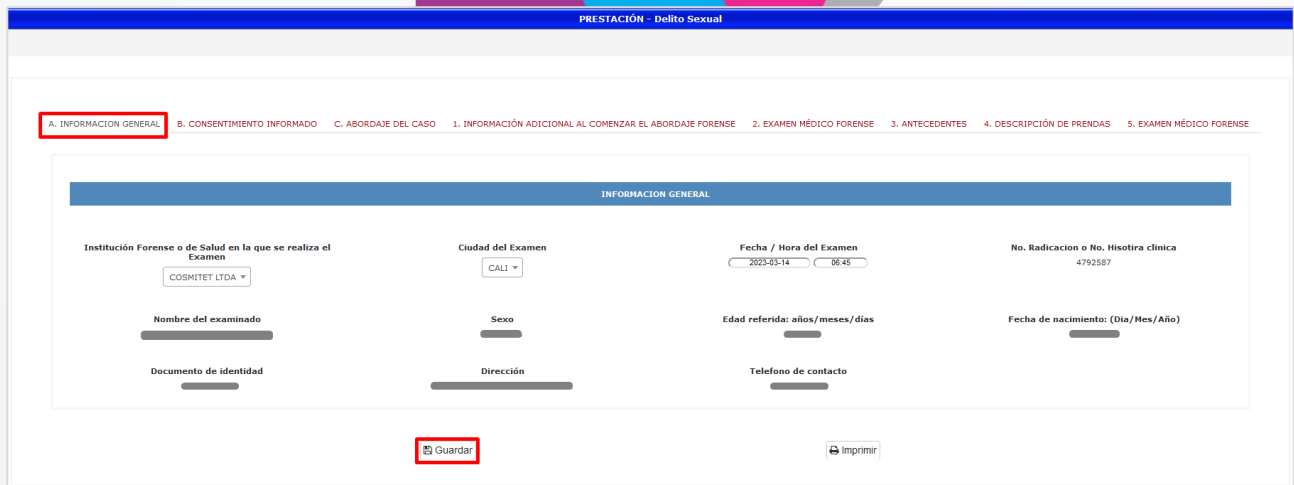


Este ítem contiene las opciones y el formulario para el registro de información cuando se den este tipo de casos.



Figura 60 - Delito sexual

A continuación, se muestran un ejemplo del registro de cada formulario de este submódulo:



PRESTACIÓN - Delito Sexual

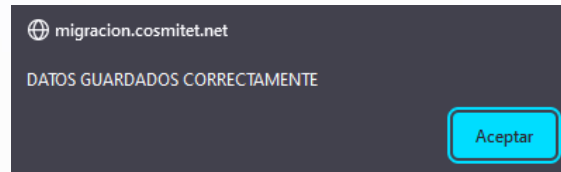
A. INFORMACION GENERAL B. CONSENTIMIENTO INFORMADO C. ABORDAJE DEL CASO 1. INFORMACIÓN ADICIONAL AL COMENZAR EL ABORDAJE FORENSE 2. EXAMEN MÉDICO FORENSE 3. ANTECEDENTES 4. DESCRIPCIÓN DE PRENDAS 5. EXAMEN MÉDICO FORENSE

INFORMACION GENERAL

Institución Forense o de Salud en la que se realiza el Examen COSMITET LTDA	Ciudad del Examen CALLI	Fecha / Hora del Examen 2023-03-14 06:45	No. Radicación o No. Historia clínica 4792587
Nombre del examinado [Redacted]	Sexo [Redacted]	Edad referida: años/meses/días [Redacted]	Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año) [Redacted]
Documento de identidad [Redacted]	Dirección [Redacted]	Telefono de contacto [Redacted]	

Guardar **Imprimir**

Figura 61 - Información General



Opción Imprimir (consentimiento informado):

https://migracion.cosmitet.net/andres/benitez/adsistema/cache/93Nw8.html

PROTOCOLO DEL INFORME PERICIAL INTEGRAL EN LA INVESTIGACIÓN DEL DELITO SEXUAL

INFORMACIÓN GENERAL				
Institución Forense o de Salud en la que se realiza el Examen	Ciudad del Examen	Fecha / Hora del Examen	No. Radicación o No. Historia clínica	Nombre del examinado
COSMITET LTDA Sexo	Edad referida: años/meses/días	Documento de identidad	Dirección	Teléfono de contacto

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

C. 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.

I. NOMBRE, FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO QUE REALIZA EL EXAHEN

NOMBRE: _____ FIRMA Y CODIGO: _____

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Figura 62 - Consentimiento informado

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

ABORDAJE DEL CASO

EL EXAMEN MÉDICO FORENSE SE INICIA DESDE QUE LA VÍCTIMA SE REGIENE 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

Figura 63 - Abordaje del caso

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

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):

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):

Guardar Imprimir

Figura 64 - Información adicional al comenzar el abordaje forense

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

2.1 Recuento del Paciente:

Anote lo referido por el examinado o su acompañante.

Información suministrado por: Paciente Otro

Nombre de la persona que hace el recuento.

Relación con el paciente.

Lugar de los hechos.

Fecha / hora de los hechos

Fecha: Hora de los hechos:

Figura 65 - Examen Médico Forense

2.2 Presunto agresor

Sexo
 Masculino Femenino Desconocido
 Conocido

Número de Agresores

Relación con la víctima

Métodos empleados por el agresor
 Amenazas Golpes físicos Abaduras
 Quemaduras Armas Otras

Tipos de armas
 Arma de Fuego Cortopunzante Cortante
 Punzante 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 describa el área del cuerpo afectada
 Si No No Sabe

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

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

Recibio tratamiento medico previo a este examen
 Si No

Durante los hechos resultó lesionada/o la víctima
 Si No

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

Ingririó 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

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

3.1 Antecedentes ginecológicos

Menarquia... <input type="text"/>	Ciclos... <input type="text"/>	Fecha de la última menstruación <input type="text" value="fecha"/>	Gravidez... <input type="text"/>
Partos... <input type="text"/>	Abortos... <input type="text"/>	Vivos... <input type="text"/>	Fecha del último parto <input type="text" value="fecha"/>
Cirugía Ginecológica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Planifica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Cual... <input type="text"/>	Cual... <input type="text"/>		

Figura 66 - Antecedentes

3.2 Antecedentes sexuales

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

3.3 Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos

Antecedentes médicos, quirúrgicos y toxicológicos... <input type="text"/>	Alergias <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inmunizaciones... <input type="text"/>
Cual... <input type="text"/>	Cual... <input type="text"/>	Cual... <input type="text"/>

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

DESCRIPCIÓN DE PRENDAS

Viste las prendas que usaba cuando ocurrieron los hechos?

Sí No

Las trae al examen

Sí No

Se dejan para estudio

Sí No No Aplica

Donde se encuentran

Donde se encuentran...

Observaciones

Observaciones...

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

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

Figura 67 - Descripción de prendas

PRESTACIÓN - Delito Sexual

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

5. Examen Medico Forense

Peso

Peso...

Talla

Talla...

Signos Vitales: T/A

Signos Vitales: T/A...

F C

F C...

F R

F R...

Temp

Temp...

Figura 68 - Examen Médico Forense

5.1 Aspecto general

Aspecto general

Aspecto general...

5.2. Descripción de hallazgos y recolección de evidencia física Describa lesiones si las presenta o condiciones físicas que puedan alterar la interpretación de los hallazgos. Puede ayudarse de los dibujos para ilustrar los hallazgos.

Valoración de la zona subungueal:

Presenta Lesiones Si No N/A

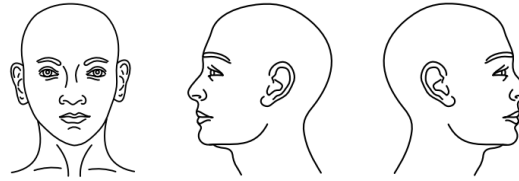
Se recolecta evidencia física Si No

Cual? Frotis subunguea Corte de uñas Raspado subungueal

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

Presenta Lesiones Si No N/A

Se recolecta evidencia física Si No



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

Se recolecta evidencia física Si No

Tórax:

Presenta lesiones Si No N/A

Se recolecta evidencia física Si No

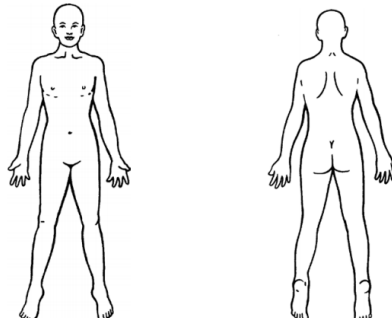
Senos:

Presenta lesiones Si No

Se recolecta evidencia física Si No

Abdomen:

<p>Presenta lesiones</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Se recolecta evidencia física</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Signos de embarazo</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica</p> <p>Cual: _____</p>
Espalda:		
<p>Presenta lesiones</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Se recolecta evidencia física</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cual: _____</p>	
Región glútea:		
<p>Presenta lesiones</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Se recolecta evidencia física</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cual: _____</p>	
Extremidades - Axilas:		
<p>Presenta lesiones</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Se recolecta evidencia física</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cual: _____</p>	
Extremidades - Miembros Superiores:		
<p>Presenta lesiones</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Se recolecta evidencia física</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cual: _____</p>	
Extremidades - Miembros Inferiores:		

<p>Presenta lesiones</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Se recolecta evidencia física</p> <p><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Cual: _____</p>		
			
<p>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.</p>			
<p>Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner</p> <p>Genitales externos femeninos: Desarrollo: Tanner: _____</p>	<p>Posición para el examen:</p> <p><input type="radio"/> Supina <input type="radio"/> Prona <input type="radio"/> Lateral <input type="radio"/> Otros</p> <p>Cual: _____</p>	<p>Región Publica:</p> <p>Región Publica: _____</p>	<p>Labios Mayores:</p> <p>Labios Mayores: _____</p>
<p>Labios Menores:</p> <p>Labios Menores: _____</p>	<p>Horquilla Vulvar:</p> <p>Horquilla Vulvar: _____</p>	<p>Clitoris:</p> <p>Clitoris: _____</p>	<p>Meato Urinario:</p> <p>Meato Urinario: _____</p>

Vagina: Periné: Región Inguinal:

Himen(forma, integridad, elasticidad):

Forma del himen:

Anular Imperforado Semilunar
 Criboforme Festoneado Coroliforme
 Rudimentario Tabicado Carúnculas Mirtiformes

Estado del himen:

Integro No elástico Integro elástico
 Desgarrado Desgarro reciente
 Desgarro antiguo

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

Descripción bordes y desgarros himenales (utilizar nomenclatura manecillas del reloj)

Toma de muestras:

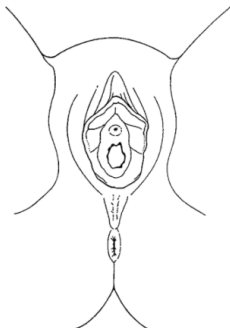
Sí No

Cual...

Signos de contaminación venérea

Sí No

Cual...



Genitales externos masculinos:

Desarrollo; Tanner: Desarrollo, Tanner...

Bolsa escrotal (bilateralmente): Bolsa escrotal (bilateralmente) ...

Pene y prepucio: Pene y prepucio: ...

Frenillo: Frenillo: ...

Surco balanoprepucial: Surco balanoprepucial: ...

Glande: Glande: ...

Meato urinario: Meato urinario: ...

Signos de contaminación venérea:

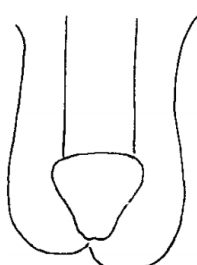
Sí No

Cual...

Se toman muestras?

Sí No

Cual...



Examen anal y perineal:

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

5.3. Valoración de embriaguez por alcohol u otras sustancias

Se realiza examen clínico para determinar embriaguez

Si No

Olores asociados: Aliento alcohólico

Negativo Discreto Evidente Dudoso Otros

Cual:

Sensorio:

Estado de conciencia: <input type="text"/>	Orientación: <input type="text"/>	Atención: <input type="text"/>	Memoria: <input type="text"/>
Afecto: <input type="text"/>	Lenguaje:Disartria: <input type="radio"/> Negativa <input type="radio"/> Discreta <input type="radio"/> Evidente	Otras alteraciones: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Cual: <input type="text"/>	Alteraciones del pensamiento, sensopercepción, inteligencia, juicio y raciocinio, introspección: <input type="text"/>

Ojos:

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

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 Espontaneo:
 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:

5.0 ÓRDENES MÉDICAS

Menú que contiene los submódulos para generar las diferentes solicitudes a los pacientes (Apoyos diagnósticos, formulación de medicamentos, Interconsultas, procedimientos quirúrgicos, procedimientos no quirúrgicos).

- MENU
- HISTORIA CLINICA
- ORDENES MEDICAS
- DIETAS
- EVOLUCION
- EGRESO
- TERAPIAS DE REHABILITACION
- UNIDAD RENAL
- CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS
- CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
- ANESTESIOLOGIA
- ECOCARDIOGRAMAS
- SEGURIDAD DEL PACIENTE
- TERAPIA OCUPACIONAL
- FONOAUDIOLOGIA
- ESCALAS,

5.0.1 ÓRDENES MÉDICAS – CONTROLES PACIENTES

ORDENES MEDICAS

Controles Pacientes

Contiene las diferentes opciones para solicitar controles a los pacientes, los cuales son ejecutados posteriormente en el panel de enfermería por el personal asistencial (otros médicos, enfermeras, auxiliares).

PRESTACIÓN - ORDENES MEDICAS	
POSICION DEL PACIENTE	Adicionar
OXIGENOTERAPIA	Adicionar
REPOSO DEL PACIENTE	Adicionar
TERAPIA RESPIRATORIA	Adicionar
CURVA TERMICA	Adicionar
CONTROL DE LIQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS	Adicionar
TENSION ARTERIAL	Adicionar
GLUCOHEMIA	Adicionar
CURACIONES	Adicionar
NEUROLOGICO	Adicionar
PERIMETRO ABDOMINAL	Adicionar
PERIMETRO CEFALICO	Adicionar
PERIMETRO DE EXTREMIDADES	Adicionar
DIETAS DEL PACIENTE	Adicionar
CONTROL DE TRANSFUSIONES	Adicionar
CONTROL DE DRENAJES	Adicionar
CONTROLES ADICIONALES	Adicionar

Figura 69 - Controles Pacientes

Para solicitar algún control damos clic en el botón **Adicionar**. Ejemplo:

PRESTACIÓN - ORDENES MEDICAS	
POSICION DEL PACIENTE	Adicionar

POSICION DEL PACIENTE	
Posición Decubito dorsal	Observación PRUEBAS CAMBIO POSICIÓN
<input type="button" value="GUARDAR"/>	

El control en almacenado correctamente. Como se indica en la imagen, después de almacenado podemos modificar o eliminar el control:

PRESTACIÓN - ORDENES MEDICAS

POSICION DEL PACIENTE

Posición: Decubito dorsal

Observación: PRUEBAS CAMBIO POSICIÓN

5.0.2 ÓRDENES MÉDICAS – FORMULACIÓN MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS

Submódulo que permite a los médicos generar la formulación de medicamentos hospitalarios a los pacientes.



Al ingresar al submódulo se muestra un buscador para realizar la búsqueda de medicamentos, permitiendo filtrar por el nombre del producto o por el principio activo:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: losartan PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

Figura 70 - Formulación Medicamentos Hospitalarios

Para realizar el proceso de solicitud seleccionamos el medicamento requerido:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA

BUSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: losartan PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

CODIGO	PRODUCTO	P. ACTIVO	RESULTADO DE LA BUSQUEDA	FORMA	CONCENTRACION	JUSTIFICACION	EXISTE	OP.
POS	FOFOL0611765 LOSARTAN + AMLODIPINO 3/50mg TABLETA	LOSARTAN + AMLODIPINO	TABLETA	TABLETA	5/50mg 1		30	<input checked="" type="checkbox"/>
POS	FOFOL0611763 LOSARTAN + AMLODIPINO 2.5/50mg TABLETA	LOSARTAN + AMLODIPINO	TABLETA	TABLETA	2.5/50mg 1		30	<input type="checkbox"/>
NO POS	FOFOL0611764 LOSARTAN + AMLODIPINO 5/100mg TABLETA	LOSARTAN + AMLODIPINO	TABLETA	TABLETA	5/100mg 1		30	<input type="checkbox"/>

Nota: El sistema permite formular tanto medicamentos Pos como No Pos.

A continuación, agregamos la información de vía administración, dosis y días de tratamiento, finalmente damos clic en el botón **Guardar**.

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

POS	PRODUCTO	FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL	LOSARTAN + AHLODIPINO 5/50mg TABLETA	LOSARTAN + AHLODIPINO	LOSARTAN + AHLODIPINO	5/50mg	TABLETA
DOSES: 1	TABLETA (5) Factor: 1	Cada 12 Hora(s)			
DIAS TRATAMIENTO: 5	OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO				

GUARDAR

El medicamento queda correctamente formulado:

PLAN DE MEDICAMENTOS

LOSARTAN + AHLODIPINO (LOSARTAN + AHLODIPINO) VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (5) Cada 12 Hora(s) CANTIDAD DIARIA: 2.00 TABLETA DIAS TRATAMIENTO: 5 CANTIDAD TOTAL TRATAMIENTO (5 Dias): 10 TABLETA (5) POR 5/50mg	FORMULÓ: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS
---	---

Opciones adicionales

Una vez el medicamento es formulado, tenemos la opción de editarlo, consultar el historial, suspender o finalizar el medicamento por medio de los botones que se indican:

PLAN DE MEDICAMENTOS

LOSARTAN + AHLODIPINO (LOSARTAN + AHLODIPINO) VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (5) Cada 12 Hora(s) CANTIDAD DIARIA: 2.00 TABLETA DIAS TRATAMIENTO: 5 CANTIDAD TOTAL TRATAMIENTO (5 Dias): 10 TABLETA (5) POR 5/50mg	FORMULÓ: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS
---	---

Formulación de medicamentos NO POS:

Seleccionamos el medicamento requerido agregando la justificación obligatoria:

NO POS FOFDA0511226 ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA	ACETAMINOFEN+CAFEINA	TABLETA	325/65mg 1	REQUERIDO POR EL PROFESIONAL	0
--	----------------------	---------	------------	------------------------------	---

Figura 71 - Formulación Medicamentos NO POS

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO: Buscar

NO POS	PRODUCTO	FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA	OPC
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA		ACETAMINOFEN+CAFEINA	325/65mg	TABLETA	X
DDISIS:	ORAL	TABLETA (5) Factor: 1				
DIAS TRATAMIENTO:		Cada 12 Hora(s)				
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO						

Guardar

Al dar clic en el botón **Guardar** se muestra una ventana emergente en la que se debe registrar la información de la justificación NO POS.

PRODUCTO	JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS	CONCENTRACION	FORMA
ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA	ACETAMINOFEN+CAFEINA	325/65mg	TABLETA
DIAS POR DIA	DIAS DE TRATAMIENTO		
2	3		
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO			
EFECTO DESEADO			
EFECTO DESEADO			
DIAGNOSTICO			
R31X - HEMATURIA NO ESPECIFICADA			
I10X - HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA			
AGREGAR DIAGNOSTICOS			
DESCRIPCION DEL CASO CLINICO			
CASO CLINICO			
PRUEBAS INDICACION			
INDICACION TERAPEUTICA (Justificacion)			
TIPO SOLICITUD <input type="radio"/> PRIMERA VEZ <input checked="" type="radio"/> RENOVACION <input type="radio"/> FALLO DE TUTELA			
TIEMPO DE RESPUESTA ESPERADO <input type="text" value="1"/>			
Guardar Justificación		Cerrar	

El medicamento es formulado correctamente. En la opción **“VER JUSTIFICACIÓN”** podemos consultarla:

ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA - FOFOA0511226 (ACETAMINOFEN+CAFEINA)	FORMULARIO MEDICO ESPECIALISTA VER JUSTIFICACIÓN
VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL DOSIS: 1.00 TABLETA (5) Cada 12 Hora(s) CANTIDAD DIARIA: 2.00 TABLETA DIAS TRATAMIENTO: 3 CANTIDAD TOTAL: 6 TABLETA (5) POR 325/65mg TRATAMIENTO (3 Dias):	

PRODUCTO	JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS	CONCENTRACION	FORMA
ACETAMINOFEN+CAFEINA	ACETAMINOFEN+CAFEINA	325/65mg	TABLETA
DIAS POR DIA	DIAS DE TRATAMIENTO		
2	3		
OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO			
EFECTO DESEADO			
EFECTO DESEADO			
DIAGNOSTICO			
AGREGAR DIAGNOSTICOS			
DESCRIPCION DEL CASO CLINICO			
CASO CLINICO			
PRUEBAS INDICACION			
INDICACION TERAPEUTICA (Justificacion)			
TIPO SOLICITUD <input type="radio"/> PRIMERA VEZ <input checked="" type="radio"/> RENOVACION <input type="radio"/> FALLO DE TUTELA			
TIEMPO DE RESPUESTA ESPERADO <input type="text" value="1"/>			

5.0.3 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE APOYOS DIAGNÓSTICOS

Submódulo que permite a los médicos generar las solicitudes de exámenes de laboratorio e imagenología a los pacientes.



Al ingresar al submódulo se muestra un buscador con las opciones de filtrar por exámenes frecuentes (previamente parametrizados) y por tipo de examen, y adicionalmente por el código CUPS y por la descripción del examen:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE APOYOS DIAGNÓSTICOS

ADICION DE APOYOS DIAGNÓSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: Seleccionar | TIPO: Todos | CARGO: | DESCRIPCION: |

ORDENAR: Ascendente Descendente | BUSQUEDA

PRESTACIÓN - APOYO DIAGNÓSTICO

BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: Seleccionar | TIPO: Todos | CARGO: | DESCRIPCION: **hemograma** |

ORDENAR: Ascendente Descendente | BUSQUEDA

RESULTADO DE LA BUSQUEDA										
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	IMPRESION	SELECCIONAR	No RADICADO	FORHATO CONTINGENCIA	PRIORIDAD	CODIGO P45	
LABORATORIOS	902207	HEMOGRAMA I HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA MANUAL	1		<input type="checkbox"/>					
LABORATORIOS	902208	HEMOGRAMA II HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUBIERTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUBIERTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS SEMIAUTOMATIZADO	1		<input type="checkbox"/>					
LABORATORIOS	902209	HEMOGRAMA III HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUBIERTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUBIERTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA AUTOMATIZADO	1		<input type="checkbox"/>					
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUBIERTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUBIERTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	1		<input checked="" type="checkbox"/>					

GUARDAR

Figura 72 - Solicitud de Apoyos Diagnósticos

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Fecha: 2023-03-15

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNÓSTICOS

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUBIERTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUBIERTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>

Observacion: Orden Profesional
 2023-03-15 08:59:02 MEDICO ESPECIALISTA
 CODIGO P45
 Diagnosticos Presuntivos

INFORMACION 0026 Ambulatoria

En caso de que se haya cometido un error al guardar el examen, lo podemos eliminar del botón correspondiente (si no se ha cerrado la historia Clínica).

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Fecha: 2023-03-15

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	
Observación		MEDICO ESPECIALISTA	
2023-03-15 08:59:02		Orden Profesional	
CODIGO P45		Diagnostico Presuntivos	

INFORMACION 0026 Ambulatoria

Adicionalmente, el médico puede agregar una observación si así lo considera, desde el botón que se indica:

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Fecha: 2023-03-15

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	
Observación		MEDICO ESPECIALISTA	
2023-03-15 08:59:02		Orden Profesional	
CODIGO P45		Diagnostico Presuntivos	

INFORMACION 0026 Ambulatoria

PRESTACIÓN - APOYO DIAGNOSTICO

CARGO	DESCRIPCION
902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO

OBSERVACION

PRUEBAS OBSERVACIÓN ESTUDIO

SOLICITUD AMBULATORIA

GUARDAR

Fecha: 2023-03-15

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	SELECCIONAR
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	
Observación		PRUEBAS OBSERVACIÓN ESTUDIO	
2023-03-15 08:59:02		Orden Profesional	
CODIGO P45		Diagnostico Presuntivos	

INFORMACION 0026 Ambulatoria

5.0.4 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Submódulo para que los médicos generen los procedimientos quirúrgicos a los pacientes.

ORDENES MEDICAS

Solicitud de
Procedimientos
Quirurgicos

Al ingresar al submódulo se muestra un buscador que tiene la opción de filtrar la información por el tipo de procedimiento, y también se puede realizar la búsqueda por el cargo CUPS o la descripción de este.

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos

CARGO: Todos

PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPATICOS
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS
 PROCEDIMIENTOS EN MEDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUIDEO
 OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRANEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES
 PROCEDIMIENTOS EN CRANEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPATICOS
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS
 PROCEDIMIENTOS EN MEDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUIDEO
 OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRANEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES
 PROCEDIMIENTOS EN CRANEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPATICOS
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS
 PROCEDIMIENTOS EN MEDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUIDEO
 OTROS PROCEDIMIENTOS EN CRANEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES
 PROCEDIMIENTOS EN CRANEO, CEREBRO Y MENINGES CEREBRALES
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS O GANGLIOS SIMPATICOS
 PROCEDIMIENTOS EN NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS
 PROCEDIMIENTOS EN MEDULA ESPINAL Y ESTRUCTURAS DEL CANAL RAQUIDEO

BUSCAR

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos

CARGO:

DESCRIPCION:

BUSCAR

Ejemplo:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos

CARGO:

DESCRIPCION:

BUSCAR

PRESTACIÓN - ADICION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos

CARGO:

DESCRIPCION: **BUSCAR**

RESULTADO DE LA BUSQUEDA

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION	No RADICADO	FORMATO CONTINGENCIA
SISTEMA AUDITIVO	182200	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD			
SISTEMA DIGESTIVO	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA			
SISTEMA DIGESTIVO	471110	APENDICECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA			
OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS	975300	EXTRACCION DE TUBO DE INTESTINO GRIOSO O APENDICE SOD			

Figura 73 - Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos (1)

Una vez el cargo requerido es seleccionado se muestra la siguiente pantalla:

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102	Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	

SOLICITUDES AMBULATORIAS

PRIORIDAD DE AUTORIZACION:

FECHA SUGERIDA: Hora: Minutos:

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA: Horas Minutos

SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS

SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS

ESTANCIA	TIPO ESTANCIA	PRE QX	POS QX
	CUIDADOS BASICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CUIDADOS INTERMEDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONITORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OBSERVACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS

FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA

GUARDAR_PROCEDIMIENTO

Figura 74 - Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos (2)

En la sección que se indica a continuación, el médico puede marcar las solicitudes como Ambulatorias, agregar la Prioridad de la Autorización, Fecha sugerida, hora y el Tiempo Estimado en Horas y Minutos:

SOLICITUDES AMBULATORIAS

PRIORIDAD DE AUTORIZACION:

FECHA SUGERIDA: Hora: Minutos:

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA: Horas Minutos

Opciones adicionales:

- **SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:** Permite al profesional agregar apoyos diagnósticos si así lo requiere.

PRESTACIÓN - APOYO DIAGNOSTICO					
BUSQUEDA AVANZADA					
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
LABORATORIO CLINICO	902837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO			<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	905606	NITROPRUSIATO DE SODIO			<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		1	<input checked="" type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL			<input type="checkbox"/>
LABORATORIO CLINICO	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS			<input type="checkbox"/>

Al realizar el proceso, se muestra el examen solicitado:

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS					
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102	Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA		<input type="checkbox"/>
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>					
PRIORIDAD DE AUTORIZACION	NORMAL	FECHA SUGERIDA	15 / 03 / 2023	Hora: 09	Minutos: 18
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA	01	Horas	Minutos		
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	@903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		1	<input type="checkbox"/>
SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO					
SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS					
SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS					
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA	PRE QX	POS QX		
	CUIDADOS BASICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	CUIDADOS INTERMEDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	MONITORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	OBSERVACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	PARTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS.					
FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR					
FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA					

- **SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS:** Esta opción permite agregar el tipo de material requerido para realizar el procedimiento, se realiza la búsqueda por Código o Descripción.

PRESTACIÓN - MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS					
BUSQUEDA AVANZADA					
GRUPOS	CODIGO	DESCRIPCION	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
Todos			hueso		<input type="checkbox"/>
NINGUN RESULTADO OBTENIDO					
<input type="button" value="VOLVER"/>					

- **SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRÚRGICOS:** Esta opción permite solicitar los equipos quirúrgicos que sean necesarios para el procedimiento. Para realizar el proceso, se realiza la búsqueda por Código o Descripción.

PRESTACIÓN - EQUIPOS QUIRURGICOS

BUSQUEDA AVANZADA

TIPO EQUIPO: QIROFANO: DESCRIPCION:

NINGUN RESULTADO OBTENIDO

- **SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUÍNEOS:** Al ingresar en esta opción, se muestra la siguiente ventana que permite solicitar los componentes sanguíneos necesarios para realizar el procedimiento. Se debe Ingresar las cantidades y dar clic en el botón **Guardar**.

PRESTACIÓN - RESERVA DE COMPONENTES SANGUINEOS

COMPONENTES SANGUINEOS

Globulos Rojos Filtrados	<input type="text" value="1"/>	Und.
Crioprecipitados	<input type="text"/>	Und.
Plasma Fresco Congelado	<input type="text" value="1"/>	Und.
Globulos Rojos Pobres en Leucocitos	<input type="text"/>	Und.
Globulos Rojos Pobres en Leucocitos con Filtro	<input type="text"/>	Und.
CUP Plaquetas x Aféresis	<input type="text"/>	Und.

BUSQUEDA AVANZADA

CODIGO: DESCRIPCION:

Los componentes se agregan al procedimiento de forma correcta, permitiendo eliminarlos si así se requiere:

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEHA DIGESTIVO	471102	Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	

SOLICITUDES AMBULATORIAS

PRIORIDAD DE AUTORIZACION:

FECHA SUGERIDA: 15 / 03 / 2023 Hora: 09 Minutos: 29

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA: 01 Horas 0 Minutos

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	@903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	1	

SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS

SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS

ESTANCIA	TIPO ESTANCIA	PRE QX	POS QX
CUIDADOS BASICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUIDADOS INTERMEDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONITORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPONENTE	CANTIDAD
Globulos Rojos Filtrados	1
Plasma Fresco Congelado	1

SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS:

FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

FORMATO DECLARACION DE CONCIERTAMENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA

- **FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR:** Este formato es requerido para almacenar correctamente el procedimiento quirúrgico. En la siguiente imagen se indican los datos que se agregan en el formulario para almacenar la información.

PRESTACIÓN - FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

II. Información Básica

Acudientes:

III. Necesidades pre-quirúrgicas

Exámenes Completos: SI NO

Valoración pre: SI NO

Requiere Anestesiólogo: SI NO

Valoraciones Adicionales: SI NO

Cual:

PREPARACION DEL PACIENTE

Tipo de Preparación:

UCIA UCIP HOSPI PRE O POST Sangre Injertos Oseos N/A

PRUEBAS GESTIÓN:

Requerimientos Especiales: OTROS

Tiempo Quirúrgico: 01 : 00

IV. Información Del Procedimiento

Diagnóstico:

Procedimiento Quirúrgico:

Figura 75 - Tarjeta de presentación de Cirugía

PRESTACIÓN - FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

EL FORMATO YA ESTA GUARDADO

II. Información Básica

Acudientes: ACUDIENTE

III. Necesidades pre-quirúrgicas

Exámenes Completos: SI NO

Valoración pre: SI NO

Requiere Anestesiólogo: SI NO

Valoraciones Adicionales: SI NO

Cual:

Tipo de Preparación: PREPARACION DEL PACIENTE

UCIA UCIP HOSPI PRE O POST Sangre Injertos Oseos N/A

Requerimientos Especiales: OTROS

Tiempo Quirúrgico: 01 : 00

IV. Información Del Procedimiento

Diagnostico: I10X - HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA
R31X - HEMATURIA NO ESPECIFICADA

Procedimiento Quirúrgico: 471102 APENDICECTOMIA VIA ABIERTA

VOLVER

Al volver a la pantalla anterior se muestra el botón que permite generar el reporte (impresión del formato de tarjeta de presentación de cirugías):

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102	Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	

SOLICITUDES AMBULATORIAS:

PRIORIDAD DE AUTORIZACION: NORMAL

FECHA SUGERIDA: 15 / 03 / 2023

Hora: 09 Minutos: 40

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA: 01 Horas

CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
@903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	1	

APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX

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"/>	<input type="checkbox"/>
CUIDADOS INTERMEDIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOSPITALIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MONITORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPONENTE	CANTIDAD	OPCION
Globulos Rojos Filtrados	1	
Plasma Fresco Congelado	1	

COMPONENTES SANGUINEOS

SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS

FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA

I. Identificación del paciente			
Nombre del paciente			
Identificación	CC: [] EDAD: [] FECHA SOLICITUD: 15-03-2023 TALLA: [] PESO: []		
Programa / Empresa	UNO VITAL UNIÓN TEMPORAL SUMIMEDICAL SAS (RED MUNICIPAL CALI) MUNICIPIO: CALI		
II. Información Básica			
Tipo de Servicio	Ubicación: HOSPITALARIO Teléfonos: [] Copagos: [] ACUDIENTE: []		
Actualmente Activo			
III. Necesidades pre-quirúrgicas			
Exámenes Completos	NO Valoraciones Adicionales: NO		
Valoración pre	NO Tipo Preparación: PREPARACION DEL PACIENTE		
Requiere Anestesiólogo	NO UCISA: NO UCIP: NO HOSPI PRE O POST: NO SANGRE: NO INERTOS OSIOS: NO NA: SI		
Requerimientos Especiales	PRUEBAS GESTION: [] Tiempo quirúrgico: 01:00		
IV. Información del Procedimiento			
Diagnostico	Cargo: [] Descripción: HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		
	R31X: [] Descripción: HEMATURIA NO ESPECIFICADA		
Procedimientos Quirúrgicos	Cargo: 47.102 Descripción: APENDICECTOMIA VIA ABIERTA		
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"> ELÍAS VÉLEZ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE </td> <td style="text-align: center;"> FIRMA Y SELLO COORDINADOR DE PROGRAMA </td> </tr> </table>		 ELÍAS VÉLEZ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE	FIRMA Y SELLO COORDINADOR DE PROGRAMA
 ELÍAS VÉLEZ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE	FIRMA Y SELLO COORDINADOR DE PROGRAMA		

- **FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA:** Este formato es requerido para almacenar correctamente el procedimiento quirúrgico. En la siguiente imagen se indican los datos que se agregan en el formulario para almacenar la información:

PRESTACIÓN - DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA	
* 3. Se me ha explicado y entendido la naturaleza y propósitos del procedimiento que se me realizará, que consistirá en:	
PRUEBAS PROCEDIMIENTO	
* 4. De manera clara se me ha explicado y he entendido sobre los riesgos inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediano o tardío, que consiste en:	
PRUEBAS RIESGOS PROCEDIMIENTO	
* 5. Se me ha explicado y he entendido, sobre las complicaciones propias del procedimiento quirúrgico que se me va a realizar:	
ENTENDIDO COMPLICACIONES	
* CONDICIONES	
LAS CONDICIONES	
* POSIBLES DONANTES (NUM)	
EN CASO DE QUE EL PACIENTE SEA MENOR EDAD O PERSONA CON INCAPACIDAD DE DECISION, DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACION	
NOMBRE COMPLETO	
IDENTIFICACION	
PARENTEZCO	<input type="radio"/> PADRE <input type="radio"/> HERMANO(A) <input type="radio"/> ESPOSO(A) <input type="radio"/> HIJO(A) <input checked="" type="radio"/> OTRO
Tipo de Documento: -- TIPO DOCUMENTO --	No. de Documento: []
GUARDAR	CUAL [] VOLVER

Figura 76 - Formato Declaración de Consentimiento

PRESTACIÓN - DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA

GUARDO SATISFACTORIAMENTE

* 3. Se me ha explicado y entendido la naturaleza y propósitos del procedimiento que se me realizará, que consiste en:
PRUEBAS PROCEDIMIENTO

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

* 5. Se me ha explicado y he entendido, sobre las complicaciones propias del procedimiento quirúrgico que se me va a realizar:
ENTENDIDO COMPLICACIONES

* CONDICIONES
LAS CONDICIONES

* POSIBLES DONANTES (NUM) 1

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

NOMBRE COMPLETO IDENTIFICACION

PARENTESCO

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

Tipo de Documento: -- TIPO DOCUMENTO -- No. de Documento:

CUAL

Modificar Volver

Al volver a la pantalla anterior se muestra el botón que permite generar el reporte (impresión del formato de declaración de conocimiento de la cirugía):

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102 Observacion1 Diagnosticos Presuntivos	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA		

SOLICITUDES AMBULATORIAS

PRIORIDAD DE AUTORIZACION NORMAL

FECHA SUGERIDA 15 / 03 / 2023

TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA Horas: 01 Minutos: 46

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION
APYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	@903865 SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		1	
	Observacion2 Diagnosticos Presuntivos			
SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO				
SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINESIS, TEJIDOS Y ORGANOS				
SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS				
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA		PRE QX	POS QX
	CUIDADOS BASICOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CUIDADOS INTERMEDIOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONITORIAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OBSERVACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARTOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	UCI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPONENTES SANGUINEOS	COMPONENTE		CANTIDAD	
		Globulos Rojos Filtrados	1	
	Plasma Fresco Congelado	1		

SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS.
FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR
FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICO

FECHA: 2023-03-15 HC No: _____

A. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____	GÉNERO: _____	SERVICIO / HOSPITALARIO: _____	No. Identificación: _____
EDAD: _____	EMPRESA: URG VITAL UNION TEMPORAL SUMIMEDICAL SAS (RED VITAL) 2023/UNICO		

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR:
471.02. ADENIOCECTOMIA VIA ABIERTA

ESPECIALIDAD:
INTENSIVISTA

B. DECLARACION DEL PACIENTE

- Concedo la reclusión de mi enfermedad.
- Se me ha explicado de manera clara y sencilla acerca de mi enfermedad, las diferentes alternativas de manejo, tratamiento o procedimiento médico quirurgico de acuerdo con mi condición mental y de salud actual.
- Se me ha explicado y he entendido la naturaleza y propósito del procedimiento que se me realizará, que consistió en:

PRUEBAS PROCEDIMIENTO

- De manera clara, se me ha explicado y he entendido sobre los beneficios y también sobre los riesgos inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediato o tardío, que consistió en:

PRUEBAS RIESGOS PROCEDIMIENTO

- Se me ha explicado y he entendido, sobre las complicaciones propias del procedimiento quirúrgico que se me va a realizar:

ENTENDIDO COMPLICACIONES

- Se me ha explicado y he entendido, sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse por la no realización de dicho procedimiento.
- Se me ha explicado que no existen grandes alteraciones de resultado del procedimiento.
- Se me ha explicado todos los datos con respecto a mi enfermedad y sobre el procedimiento que se me va a realizar.
- Del mismo, teniendo en cuenta la evolución actual sobre la enfermedad del Coronavirus y también llamado Covid-19, su expansión, la gravedad y, el alto riesgo de contagio; el profesional de la salud me ha explicado en términos claros y entendibles, sobre la naturaleza de la enfermedad y acerca de cuándo se trata de un caso sospechoso o confirmado de Coronavirus, su presentación clínica, signos, síntomas, modo y forma de contagio, medidas para prevenir, posibilidad de salir a enfermedad, sus complicaciones y que puede llegar hasta la muerte mediante pneumonia en un paciente hospitalario. He sido dado la oportunidad y el tiempo suficiente para estar familiarizado con la enfermedad Covid-19, así como he sido informado de manera satisfactoria por el médico, así mismo, he sido educado(A), sobre el alto riesgo de contagio durante la realización del procedimiento que se me va a realizar, así mismo, he sido informado de manera satisfactoria y he sido dado la oportunidad y el tiempo suficiente para estar familiarizado con la enfermedad Covid-19, así como he sido informado de manera satisfactoria por el médico, así mismo, he sido educado(A), sobre el alto riesgo de contagio durante la realización del procedimiento que se me va a realizar.
- Desde que soy mayor de edad y que me encuentro en pleno uso de mis facultades mentales, no sé si he aceptado alguna.
- Se me ha informado que el procedimiento que se me va a realizar, está a cargo del cirujano que se encuentra de turno, o que está programado para el día en que se me va a realizar el procedimiento. Así mismo, en caso de urgencia o paciente hospitalizado, la información estará a cargo del cirujano o cirujana especialista de turno.
- Además al personal médico y paramédico de Coemtel IDA, para realizar el procedimiento antes descrito y todos los procedimientos complementarios que sean necesarios según mi condición clínica, y los eventos de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones inherentes, o derivadas de mi actual estado de salud o con ocasión de los procedimientos realizados, así como de las medidas complementarias que sean necesarias en beneficio de la recuperación de mi estado de salud. Adicionalmente, para que los profesionales que participan en mi intervención dispongan los componentes anatómicos de mi cuerpo y la forma de muestras para estudios anatómopatológicos cuando estos sean pertinentes. Soltado que se me respeten las siguientes condiciones (Si no existen condiciones escritas o impresas):

LAS CONDICIONES

C. DECLARACION DEL PROFESIONAL

Manifiesto 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 o procedimiento, posibles y eventuales riesgos, inherentes, o en el post-operatorio, y de los resultados que se esperan del mismo.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____	No. Identificación: _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL TESTIGO: _____	No. Identificación: _____
Parentesco: _____	No. Identificación: _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO: _____	No. Identificación: _____
MEDICO ESPECIALISTA: _____	Especialidad: _____
Registro Médico No. _____	INTENSIVISTA

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

Manifiesto 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 o procedimiento, posibles y eventuales riesgos, inherentes, o en el post-operatorio, y de los resultados que se esperan del mismo.

El médico me ha explicado de manera clara, en que consiste el procedimiento, sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones, he entendido y sé que el médico me ha explicado de manera clara.

En virtud de la anterior identificación (con CCI) pasaporte) he. Doy mi consentimiento, y autorizo, para que el equipo médico responsable de Coemtel IDA, y el personal auxiliar que (X) (C) (E) (H) (M) requieran realizar el procedimiento propuesto al paciente.

Nombre y apellido del Tutor y/o Familiares (En caso de que se trate de un menor de edad, deben firmar mínimo uno de los padres del paciente)

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____	IDENTIFICACION No. _____
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____	IDENTIFICACION No. _____
NOMBRE Y APELLIDO TUTOR Y/O FAMILIAR: _____	IDENTIFICACION No. _____

Declaro que:

He sido educado por el equipo médico de Coemtel IDA, que en el evento en que existe, o que el paciente requiere otro tipo de procedimiento adicional, que no se deriva del presente autorizado, y que no se encuentra dentro del programa o entidad a la que se encuentra afiliado el paciente, los costos que este genere, deben ser asumidos por el usuario o afiliado.

He sido informado del procedimiento que se va a realizar, de los beneficios y riesgos inherentes al mismo, e igualmente sobre las autorizaciones y límites administrativos establecidos para la práctica (ACCIÓN) del procedimiento (X) informado por el médico tratante y responsable.

RIESGOS

Teniendo en cuenta que durante la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico, se pueden presentar riesgos mínimos o abundantes que requieren transferencias de cargas o de sus derivados, la información que para tal efecto he sido informado con COSMITEC de sangre familiar o consanguineo, teniendo en cuenta los beneficios y verificaciones inmunológicas que se representan, con la advertencia de que los costos de los análisis o pruebas que se deben realizar previamente a la sangre donada, son asumidos por Coemtel IDA, toda vez que la institución cuenta con Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y personal calificado para brindar información completa a los pacientes donantes.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO, Y QUE EN VISTO DE ELLO PROCEDO A FIRMAR

FIRMA DEL PACIENTE CC No: _____	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O ACCIDENTADO CC No: _____	PARENTESCO FIRMA DEL MEDICO MEDICO ESPECIALISTA INTENSIVISTA REGIMED
FIRMA DEL TESTIGO CC No: _____	PARENTESCO	
NO ACEPTO FIRMA DEL PACIENTE CC No: _____		

Form _02_04_15_Fm_03_Abr 2023. En que fue diligenciado el presente documento.
FIN DEL DOCUMENTO

Una vez se almacena el formato de declaración de conocimiento de la cirugía se habilita el botón que permite almacenar el procedimiento quirúrgico (GUARDAR PROCEDIMIENTO):

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102 Observacion1 Diagnosticos Presuntivos		APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>				
PRIORIDAD DE AUTORIZACION	NORMAL	FECHA SUGERIDA	15 / 03 / 2023	Hora: 09 Minutos: 46
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA				
	01	Horas	Minutos	
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	CARGO @903865 Observacion2 Diagnosticos Presuntivos	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	DESCRIPCION	CANTIDAD 1
SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS				
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA		PRE QX	POS QX
	CUIDADOS BASICOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CUIDADOS INTERMEDIOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONITORIAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OBSERVACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARTOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	UCI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPONENTES SANGUINEOS	COMPONENTE		CANTIDAD	
		Globulos Rojos Filtrados	1	
		Plasma Fresco Congelado	1	
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS. FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA				
GUARDAR PROCEDIMIENTO IMPRIMIR FORMATO TARJETA IMPRIMIR FORMATO DECLARACION				

Figura 77 - Guardar Procedimiento

Después de guardar el procedimiento se puede observar que el texto del botón cambia a “MODIFICAR PROCEDIMIENTO”, con lo cual comprobamos que el procedimiento quirúrgico quedó correctamente solicitado.

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102 Observacion1 Diagnosticos Presuntivos		APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	
SOLICITUDES AMBULATORIAS <input type="checkbox"/>				
PRIORIDAD DE AUTORIZACION	NORMAL	FECHA SUGERIDA	15 / 03 / 2023	Hora: 09 Minutos: 54
TIEMPO ESTIMADO DE LA CIRUGÍA				
	01	Horas	Minutos	
APOYOS PRE Y POS QX, PROCEDIMIENTOS QX Y NOQX	CARGO @903865 Observacion2 Diagnosticos Presuntivos	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	DESCRIPCION	CANTIDAD 1
SOLICITUD DE APOYOS DIAGNOSTICOS PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SOLICITUD DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, TEJIDOS Y ORGANOS SOLICITUD DE EQUIPOS QUIRURGICOS				
ESTANCIA	TIPO ESTANCIA		PRE QX	POS QX
	CUIDADOS BASICOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CUIDADOS INTERMEDIOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MONITORIAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OBSERVACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PARTOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	UCI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPONENTES SANGUINEOS	COMPONENTE		CANTIDAD	
		Globulos Rojos Filtrados	1	
		Plasma Fresco Congelado	1	
SOLICITUD DE COMPONENTES SANGUINEOS. FORMATO TARJETA DE PRESENTACION DE CIRUGIAS A PROGRAMAR FORMATO DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE INTERVENCIONES SALA DE CIRUGIA				
MODIFICAR PROCEDIMIENTO IMPRIMIR FORMATO TARJETA IMPRIMIR FORMATO DECLARACION				

NOTA: Los ítems apoyos diagnósticos, componentes sanguíneos, material de osteosíntesis, etc., pueden ser modificados/eliminados mientras no se cierre la Historia Clínica desde los botones correspondientes que se muestran en pantalla:



Para agregar un nuevo procedimiento quirúrgico damos clic en la opción indicada

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS				
TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OPCION
SISTEMA DIGESTIVO	471102 Observación1 Diagnosticos Presuntivos		APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	Agregar Procedimiento

5.0.5 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Submódulo que permite a los médicos generar solicitudes de procedimientos que están clasificados como No quirúrgicos. El proceso para generar estas solicitudes es ingresar al submódulo y buscar el procedimiento requerido por medio del buscador haciendo uso de los filtros por código CUPS o descripción. Ejemplo:



PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS						
BUSQUEDA AVANZADA						
TIPO:	Todos	CARGO:		DESCRIPCION:	gamma	BUSCAR
RESULTADO DE LA BUSQUEDA						
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	SELECCIONAR	No RADICADO	FORMATO CONTINGENCIA
PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS	991401	INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	1	<input type="checkbox"/>		GUARDAR

Figura 78 - Solicitud Procedimientos No Quirúrgicos

El procedimiento es almacenado correctamente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS				
DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.				
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS-2-				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	SELECCIONAR
PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS	991401 Diagnosticos Presuntivos Observacion3	INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	1	
INFORMACION		SIN CONTRATACION.		<input type="radio"/> Ambulatoria

En caso de requerir agregar alguna observación o eliminar el procedimiento lo podemos hacer desde los botones correspondientes:

Observación:

PRESTACIÓN - PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS		
CARGO	OBSERVACION DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA
991401 INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	procedimiento no qx	1
OBSERVACION	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> SOLICITUD AMBULATORIA		
GUARDAR		

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS				
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS-2-				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	SELECCIONAR
PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS	991401 Diagnosticos Presuntivos Observacion3	INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	1	
INFORMACION		SIN CONTRATACION.		<input type="radio"/> Ambulatoria

Eliminar:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS				
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS-2-				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	SELECCIONAR
PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS	991401 Diagnosticos Presuntivos Observacion3	INYECCION DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES	1	
INFORMACION		SIN CONTRATACION.		<input type="radio"/> Ambulatoria

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS - BUSQUEDA AVANZADA

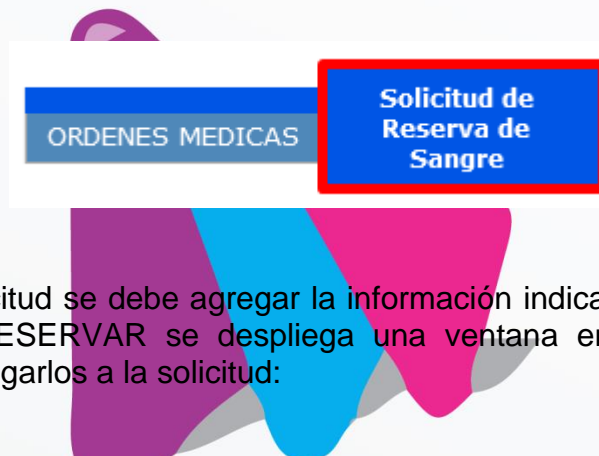
TIPO: DESCRIPCION:

CARGO:

SOLICITUD ELIMINADA SATISFACTORIAMENTE.

5.0.6 – ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

Este submódulo permite al profesional generar las solicitudes de reserva de sangre para los pacientes que lo requieran.



Para almacenar la solicitud se debe agregar la información indicada. Al dar clic en el ítem COMPONENTES A RESERVAR se despliega una ventana en la que se buscan los componentes para agregarlos a la solicitud:

SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE

REGISTRO FACTOR SANGUINEO PACIENTE: RH:

FECHA DEL EXAMEN:

LABORATORIO:

PROFESIONAL:

OBSERVACIONES:

TIPO SOLICITUD RESERVA EL MISMO DIA

NIVEL DE URGENCIA

COMPONENTES A RESERVAR EXTREMADAMENTE URGENTE(DE 10 A 15 MINUTOS) MUY URGENTE(1 HORA) URGENTE(3 HORAS)

RESERVA AUTOLÓGICA

FECHA DE LA RESERVA: HORA DE LA RESERVA:

TRANSFUSIONES ANTERIORES: SÍ NO

REACCIONES TRANSFUSIONALES: SÍ NO

CUALES:

ANTECEDENTES NEOPATIAS: SÍ NO

MEDICAMENTO ACTUAL

MEDICAMENTO ADICIONAL

MOTIVO DE LA RESERVA

HEMOGLOBINA **PT/PTT** **RECUENTO DE PLAQUETAS**

Figura 79 - Solicitud Reserva de Sangre

SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE: O

GRUPO SANGUINEO: O

FECHA DEL EXAMEN: 07-03-2023

LABORATORIO: REY DAVID

PROFESIONAL: MAURITA VIVAS

OBSERVACIONES: PRUEBAS RESERVA DE SANGRE

TIPO: EXTREHADAMENTE URGENTE(DE 10 A 15 MIN)

NIVEL DE URGENCIA: EXTREHADAMENTE URGENTE(DE 10 A 15 MIN)

COMPONENTES A RESERVAR: **AGREGAR COMPONENTE!**

RESERVA AUTOLOGA:

FECHA DE LA RESERVA: 15-03-2023

TRANSFUSIONES ANTERIORES: NINGUNA

REACCIONES TRANSFUSIONALES: NINGUNA

CUALES: NINGUNA

ANTECEDENTES NEOPATIAS: NINGUNA

MEDICAMENTO ACTUAL: OMEPRAZOL 20mg CAPSULA | CAJA X 1. VARIOS - CEPTRIAOXONA 1g POLVO PARA INYECCION | CAJA X 1. VARIOS - TAMBUSLOSINA RETARD 0.4mg CAPSULA | CAJA X 1. VARIOS - LOSARTAN 50mg TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - ATORVASTATINA 20mg TABLETA | CAJA X 10. VARIOS - AGUA PARA IRRIGACION 3000ml SOLUCION TOPICA | BOLSA X 1. VARIOS - LOSARTAN + AMLODIPINO 5/50mg TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA | CAJA X 1. VARIOS -

MEDICAMENTO ADICIONAL: NINGUNO

MOTIVO DE LA RESERVA: PROCEDIMIENTO

HEMOGLOBINA: 50

PT/PIT: 60

RECuento de PLAQUETAS: 70

Rh: POSITIVO

RESERVA URGENTE(3 HORAS)

EL MISMO DIA

HORA DE LA RESERVA: 10 | 16

El componente requerido es agregado:

SOLICITUD DE RESERVA DE SANGRE

GRUPO SANGUINEO DEL PACIENTE: O

GRUPO SANGUINEO: O

FECHA DEL EXAMEN: 07-03-2023

LABORATORIO: REY DAVID

PROFESIONAL: MAURITA VIVAS

OBSERVACIONES: PRUEBAS RESERVA DE SANGRE

TIPO: SOLICITUD

NIVEL DE URGENCIA: EXTREHADAMENTE URGENTE(DE 10 A 15 MINUTOS)

COMPONENTES A RESERVAR: GLOBULOS ROJOS FILTRADOS

RESERVA AUTOLOGA:

FECHA DE LA RESERVA: 15-03-2023

TRANSFUSIONES ANTERIORES: NINGUNA

REACCIONES TRANSFUSIONALES: NINGUNA

CUALES: NINGUNA

ANTECEDENTES NEOPATIAS: NINGUNA

MEDICAMENTO ACTUAL: OMEPRAZOL 20mg CAPSULA | CAJA X 1. VARIOS - CEPTRIAOXONA 1g POLVO PARA INYECCION | CAJA X 1. VARIOS - TAMBUSLOSINA RETARD 0.4mg CAPSULA | CAJA X 1. VARIOS - LOSARTAN 50mg TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - TRAZODONA CLORHIDRATO 50MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - ACETAMINOFEN 500MG TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - ATORVASTATINA 20mg TABLETA | CAJA X 10. VARIOS - AGUA PARA IRRIGACION 3000ml SOLUCION TOPICA | BOLSA X 1. VARIOS - LOSARTAN + AMLODIPINO 5/50mg TABLETA | CAJA X 1. VARIOS - ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA | CAJA X 1. VARIOS -

MEDICAMENTO ADICIONAL: NINGUNO

MOTIVO DE LA RESERVA: PROCEDIMIENTO

HEMOGLOBINA: 50

PT/PIT: 60

RECuento de PLAQUETAS: 70

Rh: POSITIVO

RESERVA URGENTE(3 HORAS)

EL MISMO DIA

HORA DE LA RESERVA: 10 | 16

Procedemos a guardar la información y el registro es almacenado. En la columna "Reporte" podemos generar la impresión de este:

No. SOLICITUD	FECHA	NIVEL URGENCIA	AOB / RH PACIENTE	RESERVAS REALIZADAS			CONFIRMADAS	REPORTE
				COMPONENTES	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD PENDIENTE		
10268	2023-03-15 10:16:00	ALTO	O POSITIVO	Globulos Rojos Filtrados	1	1		IMPRIMIR REPORTE

Figura 80 - Imprimir reporte Reserva de Sangre

REPORTE DE RESERVA DE SANGRE

PACIENTE		IDENTIFICACION		DATOS PACIENTE	
GRUPO SANGUINEO	O	RH		PROFESIONAL	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO	Masculino
PLAN	URG VITAL UNION TEMPORAL SUMIMEDICAL SAS (RED VITAL) 2023	TIPO AFILIADO	Especiales o de Excepción Cotizante	RANGO	UNICO
DIAGNOSTICO	R31X - HEMATURIA NO ESPECIFICADA	FECHA DE INGRESO	2023-01-24		
No. INGRESO					
DEPARTAMENTO		DATOS RESERVA		TIPO	
HOSPITALIZACION - CRD		HOSPITALIZACION 4 PISO ALA NORTE		CAHA	SOLICITU
NIVEL DE URGENCIA	EL MISMO DIA				402R-A
FECHA REQUERIDA	mar 15 de 2023 10:03				
MOTIVO RESERVA	PROCEDIMIENTO				
TRANSFUSIONES ANTERIORES	NO				
REACCIONES TRANSFUSIONALES	NO				
CUALES	NINGUNA				
NUMERO DE EMBARAZOS	0				
ANTECEDENTES	NO				
NEOPLASIAS	NO				
MEDICAMENTO ACTUAL	OMEPRAZOL 20mg CAPSULA CAJA X 1. VARIOS - CEFTRIAXOMA 1g POLVO PARA INYECCION CAJA X 1. VARIOS - TAMBULOSINA RETARD 0.4mg CAPSULA CAJA X 1. VARIOS - LOSARTAN 50mg TABLETA CAJA X 1. VARIOS - TRAZODONA CLORHIDRATO 50mg TABLETA CAJA X 1. VARIOS - ACETAMINOFEN 500mg TABLETA CAJA X 1. VARIOS - ATORVASTATINA 20mg TABLETA CAJA X 10. VARIOS - AGUA PARA IRRIGACION 3000ml SOLUCION TOPICA BOLSA X 1. VARIOS - LOSARTAN + AMLODIPINO 5/50mg TABLETA CAJA X 1. VARIOS - ACETAMINOFEN+CAFEINA 325/65mg TABLETA CAJA X 1. VARIOS -				
HEMOGLOBINA	50	DATOS DE LABORATORIO	PT / PTI	RECuento de PLAQUETAS	
			60	70	
No. SOLICITU FECHA		AOB / RH PACIENTE		RESERVAS REALIZADAS	COMPONENTES
10268 - mar 15 de 2023 10:16				Globulos Rojos Filtrados	1
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> INTENSIVISTA </div>					

5.0.7 ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Este submódulo permite generar las solicitudes de Interconsultas a los pacientes. Al ingresar al submódulo se muestran dos pestañas y un buscador que permite filtrar la información por frecuentes, código o descripción de la especialidad.



Solicitud de Interconsulta:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS
SOLICITUD DE CONTROLES AMBULATORIOS

ADICION DE INTERCONSULTAS - BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: TIPO: CODIGO: ESPECIALIDAD:

Figura 81 - Solicitud de Interconsultas

Para solicitar una interconsulta nos ubicamos en la pestaña indicada, buscamos la especialidad requerida y posteriormente damos clic en el botón **Guardar**:

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS | SOLICITUD DE CONTROLES AMBULATORIOS

FRECUENTES: TIPO: CODIGO: ESPECIALIDAD:

CODIGO	ESPECIALIDAD	RESULTADO DE LA BUSQUEDA		OBSERVACION	CONITE
		CANTIDAD	OPCION		
043	CIRUJANO MANO	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
169	CIRUJANO BARIATRICO	1	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS | SOLICITUD DE CONTROLES AMBULATORIOS

FRECUENTES: TIPO: CODIGO: ESPECIALIDAD:

CODIGO	ESPECIALIDAD	RESULTADO DE LA BUSQUEDA		OBSERVACION
		CANTIDAD	OPCION	
043	CIRUJANO MANO	1	<input checked="" type="checkbox"/>	pruebas interconsulta
169	CIRUJANO BARIATRICO	1	<input type="checkbox"/>	

La interconsulta es almacenada correctamente:

PRESTACION - SOLICITUD DE INTERCONSULTAS Y CONTROLES

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS | SOLICITUD DE CONTROLES AMBULATORIOS

DATOS ACTUALIZADOS SATISFACTORIAMENTE

ADICION DE INTERCONSULTAS - BUSQUEDA AVANZADA

FRECUENTES: TIPO: CODIGO: ESPECIALIDAD:

043	<u>CIRUJANO MANO</u>	pruebas interconsulta	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Observacion	Motivo de solicitud	Profesional	MEDICO ESPECIALISTA - INTENSIVISTA	DIAGNOSTICO	Fecha:	12/2/2023 - 11:00:06
@890402	Diagnostico Presuntivos	<input checked="" type="checkbox"/>	PRIMARIO	TIPO DX	<input type="checkbox"/>	
INFORMACION	9028		CODIGO	R3LX	HEMATURIA NO ESPECIFICADA	(ID) - IMPRESION DIAGNOSTICA (CN) - CONFIRMADO NUEVO (CR) - CONFIRMADO REPETIDO

Si necesitamos modificar o eliminar la interconsulta solicitada al paciente lo podemos hacer desde los botones correspondientes:

Modificar:

Eliminar:



Al dar clic en el botón se elimina la solicitud. Esta funcionalidad aplica solamente si no se ha cerrado la Historia Clínica:

Solicitud de Controles Ambulatorios:

Opción que permite al médico generar las solicitudes de controles con su especialidad, es decir, la especialidad del médico que genera la solicitud.

El formulario tiene diferentes opciones de tiempo y permite agregar una observación:

Figura 82 - Solicitud de Controles Ambulatorios

Al dar clic en el botón **Guardar** se almacena el registro y podemos modificar o eliminar la solicitud si así se requiere desde los botones correspondientes:

Modificar:

Eliminar:

5.0.8 ÓRDENES MÉDICAS – CONSOLIDADO PLAN TERAPÉUTICO

Submódulo que muestra la información consolidada del plan terapéutico del paciente de manera cronológica. Al ingresar se muestra un cuadro de texto con los últimos datos registrados y con la opción de agregar o modificar esta información para almacenarla posteriormente:

The screenshot displays the 'PLAN TERAPÉUTICO' interface. At the top, a blue header contains the text 'PLAN TERAPÉUTICO'. Below this, a red notification bar states 'Datos Guardados Satisfactoriamente.' followed by a sub-header 'PLAN TERAPÉUTICO'. A text area contains the following information:

MEDICAMENTO FORMULADO: LOSARTAN + AMLODIPINO 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 5
 MEDICAMENTO FORMULADO: ACETAMINOFEN+CAFEINA 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 3
 PRUEBAS PLAN TERAPÉUTICO 1
 PRUEBAS PLAN TERAPÉUTICO 2

Below the text area is an 'Insertar' button and a search icon. The main table has two columns: 'FECHA' and 'DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO'. The table contains three entries:

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO
2023-03-15	<p>11:28 Médico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA ESPECIALIDAD: INTERNSIVISTA MEDICAMENTO FORMULADO: LOSARTAN + AMLODIPINO 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 3 MEDICAMENTO FORMULADO: ACETAMINOFEN+CAFEINA 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 3 PRUEBAS PLAN TERAPÉUTICO 1 PRUEBAS PLAN TERAPÉUTICO 2</p>
16:24	<p>ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: AGUA PARA IRRIGACION 1 BOLSA (S) Cada 24 Hora(s), VIA: PARENTERAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 2</p>
2023-01-25	<p>14:31 ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL 1. HOSPITALIZAR A CARGO DE MEDICINA INTERNA 2. PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 3. ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE 4. DIETA HIPOSODICA 5. MEDICAMENTOS: - LEV S5N 0.9% 70 CC HORA - CEFTRIAJXONA x 1.0 CADA 12 HORAS EV (F1125-01-23) - OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 24 HORAS - LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS, NO DAR SI TAM MENOR DE 70 mmHg - ACETAMINOFEN Y 500 MG, DAR 2 TABLETAS CADA 8 HORAS - ATRAVASTATINA 20 MG VO CADA 24 HORAS EN LAS NOCHE - TRAZOSODIOMA 30 MG VO CADA NOCHE - TAMSULOSINA 0.4 MGC CADA 24 HORAS VIA ORAL 6. VIGILAR SANGRADO, HEMATURIA- HEMATOQUECIA - SANGRADO MUCOSAS - HEMATOMA/PETEQUIAS 7. SONDIA VESICAL - IRRIGACION 8. CURVA TERMICA ESTRICTA 9. CVU C/8 HORAS AVISAR CAMBIOS</p>

Figura 83 - Consolidado Plan Terapéutico

PLAN TERAPEUTICO

Datos Guardados Satisfactoriamente.

PLAN TERAPEUTICO

MEDICAMENTO FORMULADO: LOSARTAN + AMLODIPINO 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 5
 MEDICAMENTO FORMULADO: ACETAMINOFEN+CAFEINA 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 3
 PRUEBAS PLAN TERAPEUTICO 1
 PRUEBAS PLAN TERAPEUTICO 2

PLAN TERAPEUTICO

Datos Guardados Satisfactoriamente.

PLAN TERAPEUTICO

MEDICAMENTO FORMULADO: LOSARTAN + AMLODIPINO 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 5
 MEDICAMENTO FORMULADO: ACETAMINOFEN+CAFEINA 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 3
 PRUEBAS PLAN TERAPEUTICO 1
 PRUEBAS PLAN TERAPEUTICO 2

FECHA	DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO2
2023-03-15	<p>11:30 Medico:especialista - MEDICO ESPECIALISTA ESPECIALIDAD: INTENSIVISTA MEDICAMENTO FORMULADO: LOSARTAN + AMLODIPINO 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 5 MEDICAMENTO FORMULADO: ACETAMINOFEN+CAFEINA 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s), VIA: ORAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 3 PRUEBAS PLAN TERAPEUTICO 1 PRUEBAS PLAN TERAPEUTICO 2</p>
2023-01-25	<p>16:24 ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL MEDICAMENTO FORMULADO: AGUA PARA IRRIGACION 1 BOLSA (S) Cada 24 Hora(s), VIA: PARENTERAL, DIAS DE TRATAMIENTO: 2</p> <p>14:51 ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL 1. HOSPITALIZAR A CARGO DE MEDICINA INTERNA 2. PROTOCOLO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 3. ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE 4. DIETA HIPOSODICA 5. MEDICAMENTOS: - LEV SBN 0.9% 70 CC HORA - CETRAXOMA X 1 G CADA 12 HORAS EV (F1:25-01-23) - OMEPRAZOL 20 MG VO CADA 24 HORAS - LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS; NO DAR SI TAM MENOR DE 70 mmHg - ACETAMINOFEN X 500 MG, DAR 2 TABLETAS CADA 8 HORAS - ATROVASTATINA 20 MG VO CADA 24 HORAS EN LAS NOCHE - TRAZOSODONA 50 MG VO CADA NOCHE - TAMBUSOLINA 0.4 MGC CADA 24 HORAS VIA ORAL 6. VISITAR SANGRADO - HEMATURIA - HEMATOQUECIA - SANGRADO MUCOSAS - HEMATOMA/PETEQUIAS 7. SONDA VESICAL - IRRIGACION 8. CURVA TERMICA ESTRICTA 9. CSV C/8 HORAS</p> <p>AVISAR CAMBIOS</p>

5.0.9 ÓRDENES MÉDICAS – QUIMIOTERAPIA

Submódulo que permite al médico generar el tratamiento (protocolo) de acuerdo con la patología del paciente. Para realizar el proceso de formulación de un protocolo el paciente debe tener la marcación correspondiente, es decir, tener registrada la patología.

Al ingresar al submódulo el sistema realiza la validación correspondiente, y si el paciente no tiene la marcación lo indica en pantalla, permitiendo realizar este proceso.

ORDENES MEDICAS

Quimioterapia

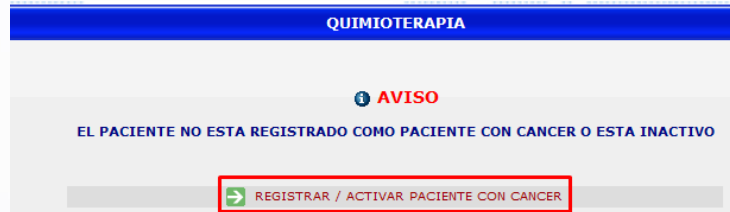
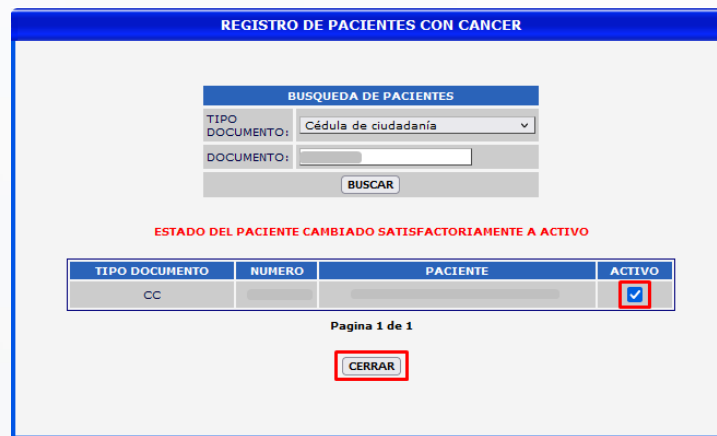


Figura 84 - Registrar paciente



A continuación, el submódulo valida que los signos vitales del paciente estén registrados porque son requeridos para los cálculos de la formulación de quimioterapia. En caso de que estos datos no estén registrados se muestra un mensaje indicándolo:



Nota: Para agregar los signos vitales al paciente vamos a MENU/ESCALAS CONTROLES Y ENCUESTAS (Este submódulo se explicará más adelante).

SIGNOS VITALES GENERALES

HORA DE SIGNOS VITALES: 11:46

FREC. CARD. FETAL	FREC. CARD.	FREC. RESP.	PVC	PIC	PIA	PESO	TALLA	TEMP.	T. INCUB.	SAT O ₂	INC	ASC
X min	X min	50 X min	cmH ₂ O	cmH ₂ O	cmH ₂ O	75 Kg.	175 CM.	36 °C	°C	99 %	25.47	1.95
GFR. <input type="text" value="00"/>												
TENSIÓN ARTERIAL												
120 / 80 / 60 SITIO: Miembro Superior Derecho(NINV)												
OBSERVACION												
<input type="button" value="INSERAR"/>												
ESCALA VISUAL ANALOGICA - EVA												
Menor Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Figura 85 - Registrar Signos Vitales

Los signos vitales del paciente son registrados correctamente:

FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIC	PIA	PESO (Kg)	TALLA (CH)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.	TEMP.	T. INCUB	EVA	SAT O ₂	ASC	INC	USUARIO
HOY	11:46:00	--	--	50	--	--	--	78.00	175	120 / 80	80	Miembro Superior Derecho(NINV)	36.00	--	--	99.00	1.95	25.47	

A continuación, volvemos al submódulo de Quimioterapia y ya podemos ingresar. Se muestra el siguiente formulario en el cual el proceso que se debe realizar es seleccionar el Tipo de protocolo y la descripción del protocolo:

QUIMIOTERAPIA

Tipo Protocolo

Oncologicos

Descripción

1 - CA ANAL: 5FU+CISPLATINO

Figura 86 - Seleccionar Protocolo Quimioterapia

De forma automática el módulo pasa a la pantalla siguiente. En esta el proceso que realiza el médico es agregar la información de los campos indicados en color rojo para cada medicamento del protocolo y seleccionar los medicamentos de este (los que seleccione son los que finalmente serán formulados).

QUIMIOTERAPIA

TIPO: 1 - CA ANAL: 5FU+CISPLATINO

PREREDICACIÓN

Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Tecnica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Via	Tempo Infusión	VEHI A UTIL	VOL F SOL(cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción
POFO00080842 - ONDANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	30 Minuto	Dextrosa 1C	10cc	D1 C/3 SEMANA	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO00050603 - DEXAMETASONA	3	20.00	Miligramos	20.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	30 Minuto	Dextrosa 1C	10cc	D1 C/3 SEMANA	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO0271923 - PREDNISONA	1	50.00	Miligramos	50.00	--	--	TA	ORAL	N/A	N/A	N/A	DIA 2,3,4	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO00080842 - ONDANSETRON	1	8.00	Miligramos	8.00	--	--	SI	ORAL	N/A	N/A	N/A	DIA 2,3,4	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
TIPO: 1 - CA ANAL: 5FU+CISPLATINO															
QUIMIOTERAPIA															
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Tecnica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Via	Tempo Infusión	VEHI A UTIL	VOL F SOL(cc)	Periodicidad	Total Dias	Total Medicamento	Opción
POFO0120675 - FLUOROURACILO	4	1000.00	Superficie corporal	1947.2/1948	NINGU	--	SI	INTRAVENOSA	30 Minuto	Dextrosa 1C	10cc	DIA 1,2,3,4 C/4 SEMANA	4	16	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO0170576 - CISPLATINO	3	75.00	Superficie corporal	146.0/147	NINGU	--	PEY	INTRAVENOSA	30 Minuto	Dextrosa 1C	10cc	DIA 1 C/4 SEM	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>

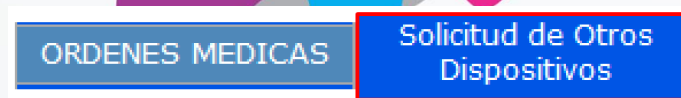
Figura 87 - Guardar Protocolo Quimioterapia

El protocolo es almacenado correctamente:

QUIMIOTERAPIA																
TIPO 1 - CA ANAL - SEU - CISPLATINO																
PREMEDICACIÓN																
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tempo Infusión	VEHICULO	VOL. F. SOL(cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción	
POFO008042 - OLANSETRON	2	16.00	Miligramos	16.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	30	Minuto	Dextrosa 1C	3cc	DIA 0,3 SEMANAS	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO005603 - DEXAMETASONA	3	20.00	Miligramos	20.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	30	Minuto	Dextrosa 1C	10cc	DIA 0,3 SEMANAS	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO021923 - PREDNISONA	1	50.00	Miligramos	50.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	30	Minuto	N/A	N/A	DIA 2,3,4	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO008042 - OLANSETRON	1	8.00	Miligramos	8.00	--	--	SI	INTRAVENOSA	30	Minuto	N/A	N/A	DIA 2,3,4	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>
Medicamento	Número de Ampollas	Dosis Teórica	Factor	Dosis Resultante	Factor de Reducción	Dosis Reducida	Unidad de Medida	Vía	Tempo Infusión	VEHICULO	VOL. F. SOL(cc)	Periodicidad	Total Días	Total Medicamento	Opción	
POFO012075 - FLUOROURACILO	4	1000.00	Superficie corporal	1947.2/1948	NINGUNO	--	SI	INTRAVENOSA	30	Minuto	Dextrosa 1C	10cc	DIA 1,2,3,4 C/4 SEMANAS	4	16	<input checked="" type="checkbox"/>
POFO017076 - CISPLATINO	3	75.00	Superficie corporal	146.0/147	NINGUNO	--	PIY	INTRAVENOSA	30	Minuto	Dextrosa 1C	10cc	DIA 1 C/4 SEM	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>

5.0.10 ÓRDENES MÉDICAS – SOLICITUD OTROS DISPOSITIVOS

Este submódulo permite generar las solicitudes a los pacientes de otros dispositivos cuya clasificación es diferente a medicamentos o insumos, como por ejemplo muletas, sillas de ruedas, inmovilizadores, etc.



Al ingresar al submódulo se muestra un buscador con las opciones de filtrar la información por el código del producto o por la descripción. Para generar la solicitud agregamos la información de la cantidad, seleccionamos el dispositivo y damos clic en el botón **Guardar**.

PRODUCTOS PROVEEDORES EXTERNOS					
BUSQUEDA AVANZADA					
TIPO	PRODUCTO	DESCRIPCION	BUSCAR		
Todos	SOSCM176		BUSCAR		
RESULTADO DE LA BUSQUEDA					
TIPO	PRODUCTO	DESCRIPCION	CANTIDAD	OPCION	
Dispositivos	SOSCM176	BRACE INMOVILIZADOR DE RODILLA	1	<input checked="" type="checkbox"/>	GUARDAR

Figura 88 - Solicitud de Otros Dispositivos

La solicitud es almacenada correctamente y podemos agregar una observación o eliminarla desde los botones correspondientes, y adicionalmente podemos imprimir la solicitud.

PRODUCTOS PROVEEDORES EXTERNOS

ADICION DE PRODUCTOS PROVEEDORES - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: CARGO: DESCRIPCION:

DATOS ALMACENADOS CORRECTAMENTE

TIPO	PRODUCTO	DESCRIPCION	OBSERVACION MEDICO	MODIFICAR	ELIMINAR
Dispositivos Proveedores	SOSCM176	BRACE INMOVILIZADOR DE RODILLA		<input type="button" value="M"/>	<input type="button" value="E"/>

Imprimir Solicitudes

DATOS DEL PACIENTE

PACIENTE: EDAD:
 FECHA NACIMIENTO: SEXO: CAJA:
 DIRECCION RESIDENCIAL: TELEFONO RESIDENCIA:
 CLIENTE: SUMMEDICAL, S.A.S. PLAN: URG VITAL UNION TEMPORAL SUMMEDICAL SAS (RED VITAL) 2023

SOLICITUDES DE PRODUCTOS A PROVEEDORES EXTERNOS

CARGO	DESCRIPCION	TIPO: Dispositivos Proveedores	OBSERVACION	CANTIDAD	FECHA/HORA EVOLUCION
SOSCM176	BRACE INMOVILIZADOR DE RODILLA			1	15/3/2023 - 07:37:08

Nombre y Apellidos del Médico: MEDICO ESPECIALISTA
 Registro Médico No.:

6.0 DIETAS – SOLICITUD DE DIETAS

Este submódulo permite a los médicos generar la solicitud de dietas de los pacientes. Al ingresar al submódulo se muestra un formulario en el que se selecciona el tipo de dieta y características de esta.

DIETAS DEL PACIENTE

TIPOS DE DIETAS:

- Geriátrica
- Disfagia
- Alta en fibra
- Astringente
- No lacteos
- No acidos
- No productora de gas
- Restriccion Liquidos 800 cc
- Restriccion Liquidos 600 cc
- Restriccion Liquidos 1000 cc

GUARDAR

Figura 89 - Solicitud de Dietas

DATOS GUARDADOS EXITOSAMENTE

TIPOS DE DIETAS: HIPOGLÚCIDA	
DIETAS DEL PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Geriatrica	
<input type="checkbox"/> Disfagia	
<input type="checkbox"/> Alta en fibra	
<input type="checkbox"/> Astringente	
<input type="checkbox"/> No lacteos	
<input type="checkbox"/> No acidos	
<input type="checkbox"/> No productora de gas	
<input type="checkbox"/> Restriccion Liquidos 800 cc	
<input type="checkbox"/> Restriccion Liquidos 600 cc	
<input type="checkbox"/> Restriccion Liquidos 1000 cc	

7.0 EVOLUCIÓN

Submódulo que contiene los diferentes ítems relacionados con las evoluciones del paciente.



7.0.1 EVOLUCIÓN – EVOLUCIÓN

Submódulo que permite a los médicos registrar las evoluciones de los pacientes. Al ingresar se muestra un formulario en el que se debe registrar la información de los siguientes campos:

- DIAGNOSTICO CLÍNICO
- SERVICIO
- FECHA Y HORA
- HALLAZGO SUBJETIVO
- HALLAZGO OBJETIVO
- ANALISIS (JUSTIFICACION)
- PLAN
- INTERPRETACIÓN APOYO DIAGNÓTICO
- INTERPRETACIÓN ESTUDIOS IMAGENOLOGIA

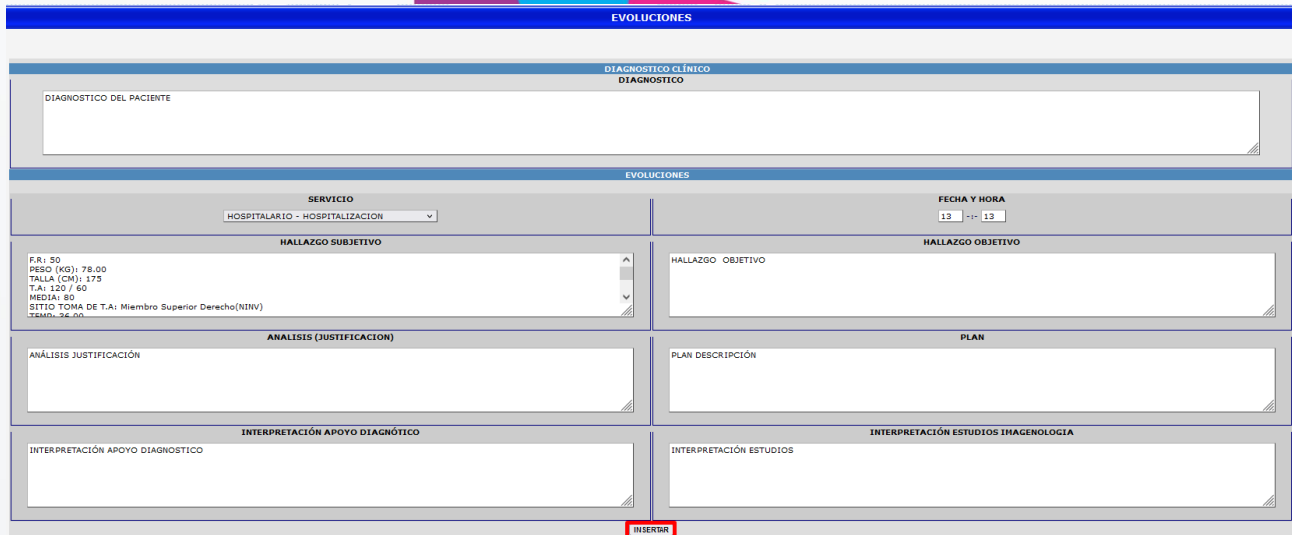
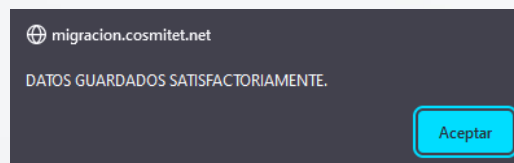


Figura 90 - Evolución



En la parte inferior del formulario se encuentra un botón llamado **Guardar Epicrisis**. Esta opción es usada si es necesario que los datos de la evolución se muestren en la epicrisis del paciente.

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

HEMATURIA EN ESTUDIO (SE PRESUME SECUNDARIO A USO DE KIVAKUCHARO) Y HALLAZGO DE TRICOMERCILLIDIOSIS
 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS PARA LO CUAL SE DEJA EN CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO: CEFTRIAXONA 1 G IV CADA 12 HORAS (E1:25-01-23). PARACLÍNICOS REPORTAN FUNCIÓN RENAL TFS: 65 MU/MU/1.73 M2 CKD-EPI ERG, ESTADIO II. TRICOMERCILLIDIOSIS 80.000 SEROLOGÍA TRICOMERCILLIDIOSIS NO REACTIVO. GLUCOSA DENTRO DE LÍMITE NORMAL. ANTIGENO PROSTATICO ELEVADO PARA LA EDAD AHORA 6.89 IU/DL

INTER. ESTUDIOS (IMAGENOLÓGIA): PENDIENTE LECTURA DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL POR PARTE DE RADIOLOGÍA:

2023-03-15 13:17:42 Profesional: MEDICO ESPECIALISTA
 ANALISIS (JUSTIFICACION): ANALISIS JUSTIFICACION
 INTER. APOYO DIAGNOSTICO: INTERPRETACION APOYO DIAGNOSTICO
 INTER. ESTUDIOS (IMAGENOLÓGIA): INTERPRETACION ESTUDIOS

Guardar Epicrisis

migracion.cosमितet.net

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Aceptar

7.0.2 EVOLUCIÓN – LECTURA DE APOYOS DIAGNÓSTICOS

En este submódulo los médicos podrán consultar los apoyos diagnósticos que han sido solicitados al paciente, con la opción de realizar la Interpretación Médica.

LECTURA DE APOYOS DIAGNÓSTICOS					
MEDICO (A) ESPECIALISTA - ELIAS VIEDA			EXAMENES SOLICITADOS AL PACIENTE POR:		
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION
13303793	2023-02-28		RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL - 3	Cumplido	Realizar Interpretación Médica
OTROS PROFESIONALES DE OTROS DEPARTAMENTOS					
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN	ESTADO	OPCION
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - 3	Resultado Sin Firma	Leido Profesional Otro Dpto
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - 3	Resultado Sin Firma	Leido Profesional Otro Dpto

Figura 91 - Lectura de Apoyos Diagnósticos

LECTURA POR GRUPO DE LOS EXAMENES CLINICOS

INFORMACION--> APOYOS DE ESTA EVOLUCION SIN RESULTADOS

EXAMEN	ESTADO
RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL	Cumplido

LIMITE NORMAL LIMITE ANORMAL

OBSERVACIÓN DEL MÉDICO

LÍMITE ANORMAL 12345.

Al guardar la información de la interpretación, el examen cambia su estado a “Leído”.

LECTURA DE APOYOS DIAGNOSTICOS

MEDICO (A) ESPECIALISTA - ELIAS VIEDA			EXAMENES SOLICITADOS AL PACIENTE POR:			ESTADO	OPCION
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN				
13303793	2023-02-28		RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL - 3			Cumplido	<input checked="" type="checkbox"/> Leído
OTROS PROFESIONALES DE OTROS DEPARTAMENTOS							
EVOLUCION	FECHA EVOLUCION	FECHA REALIZADO	EXAMEN			ESTADO	OPCION
13297108	2023-01-25	2023-01-25	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL - 3			Resultado Sin Firma	<input type="checkbox"/> Leído <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otro Dpto

LECTURA POR GRUPO DE LOS EXAMENES CLINICOS

INFORMACION--> OBSERVACION: RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL

EVOLUCION	FECHA OBSERVACION	OBSERVACION	MEDICO OBSERVACION
13303881	2023-03-15 13:29:42.05945	LÍMITE ANORMAL 12345.	MEDICO ESPECIALISTA

INFORMACION--> APOYOS DE ESTA EVOLUCION SIN RESULTADOS

EXAMEN	ESTADO
RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL	Cumplido

7.0.3 EVOLUCIÓN – CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Submódulo que permite adicionar procedimientos realizados durante la estancia del paciente.



Para agregar un procedimiento buscamos por el código (si se conoce) o por la descripción:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos DESCRIPCION: cuidado

EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD1	DETALLES
13293633	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		1	

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL

Figura 92 - Cumplimiento de Procedimientos Realizados

Cuando se muestren los resultados que coincidan con el texto digitado se selecciona el procedimiento requerido y se da clic en el botón ADICIONAR.

PROCEDIMIENTOS ENCONTRADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos DESCRIPCION: cuidado

RESULTADO DE LA BUSQUEDA

CARGO	DESCRIPCION	OPCION
890601	CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	ADICIONAR
890602	CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	ADICIONAR

A continuación, se elige la equivalencia y se da clic en el botón **Guardar**:

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR

(EL CARGO 890602 TIENE MULTIPLES EQUIVALENCIAS)

CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	
890602	CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	
TARIFARIO	CARGO	DESCRIPCION	
0025	39130	Atencion diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente no quirurgico u obstetrico	<input type="checkbox"/>
0026	39136	Atencion intrahospitalaria especializada de psiquiatria (semanal)	<input type="checkbox"/>
0026	39149	Atencion diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirurgico v obstetrico	<input checked="" type="checkbox"/>

El cargo es almacenado correctamente:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos DESCRIPCION:

EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD1	DETALLES
13303881	890602	CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA		1	
13293633	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		1	

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL

En este formulario tenemos la opción de **Editar** el procedimiento. Para hacer el proceso damos clic en el botón indicado y realizamos la modificación requerida:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos DESCRIPCION: BUSCAR

EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD1	DETALLES
13303881	890602	CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	
13293633	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

OBSERVACION

CARGO: 890602 CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA ELIMINAR

DESCRIPCION:

OBSERVACION:

DIAGNOSTICOS:

DIAGNOSTICOS COMPLICACION:

GUARDAR

También se tiene la opción de eliminar el cargo para usarla cuando se requiera:

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos DESCRIPCION: BUSCAR

EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD1	DETALLES
13303881	890602	CUIDADO MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	
13293633	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

ADICION DE PROCEDIMIENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos DESCRIPCION: BUSCAR

SOLICITUD ELIMINADA SATISFACTORIAMENTE.

EVOLUCION	CARGO	PROCEDIMIENTO	CANTIDAD1	DETALLES
13293633	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	

OPCIONES VALIDAS PARA EVOLUCION ACTUAL

7.0.4 EVOLUCIÓN - REGISTRO DE MARCAPASOS

Como lo indica el nombre del submódulo, este formulario permite registrar la información de la colocación de marcapasos a los pacientes. Al ingresar en este se muestra un formulario en el cual se debe agregar la información de los campos indicados:

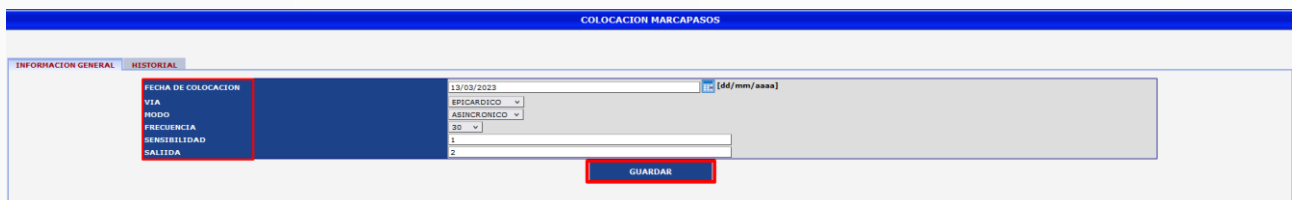
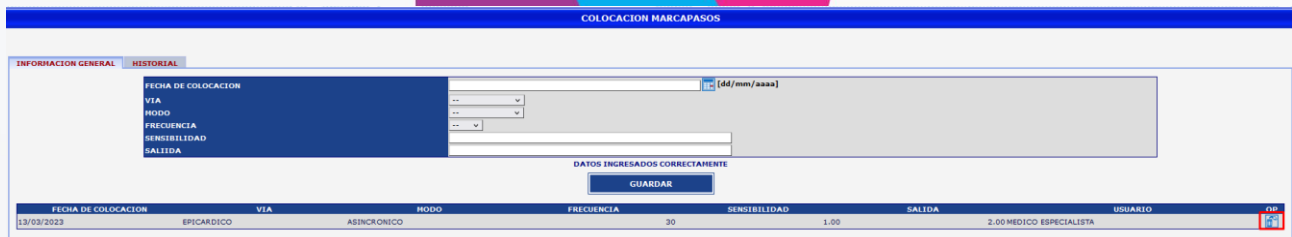


Figura 93 - Registro de Marcapasos

El registro se almacena correctamente. En caso de requerir eliminar la información registrada podemos hacer el proceso desde el botón indicado:



FECHA DE COLOCACION	VIA	MODO	FRECUENCIA	SENSIBILIDAD	SALIDA	USUARIO
13/03/2023	EPCARDICO	ASINCRONICO	30	1.00	2.00 MEDICO ESPECIALISTA	[icon]

Pestaña Historial:

Muestra la información registrada. Desde la opción “Ver” podemos consultar la información completa:



EVOLUCION	FECHA	USUARIO
13302881	13/03/2023	MEDICO ESPECIALISTA

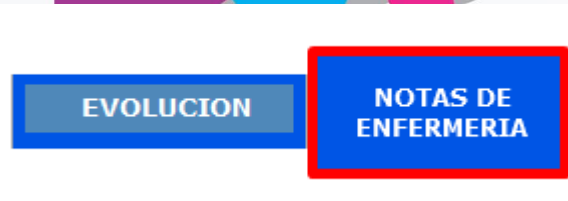
Figura 94 - Historial

COLOCACION MARCAPASOS									
INFORMACION GENERAL									HISTORIAL
COLOCACION MARCAPASOS									
FECHA DE COLOCACION	VIA	MODO	FRECUENCIA	SENSIBILIDAD	SALIDA	USUARIO			
13/03/2023	EPICARDICO	ASINCRONICO	30	1.00	2.00	MEDICO ESPECIALISTA			

7.0.5 EVOLUCIÓN – NOTAS DE ENFERMERÍA

La funcionalidad de este submódulo depende del rol que tenga el usuario asistencial que esté logueado (haya iniciado la sesión en el sistema) en el momento de ingresar.

- Si el usuario es un **médico**, se muestran las notas de enfermería realizadas al paciente por el personal de enfermería.
- Si el usuario es un **enfermero (a)**, se muestran las notas de enfermería con la opción de registrar nuevas notas a los pacientes.



Usuario médico:

FECHA	LISTADO DE NOTAS DE ENFERMERIA111
2023-01-26	<p>00:00 CON PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SE REALIZA PASO DE RONDA, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON TAPON HEPARINIZADO, CON CATETER 22, TORAX SIMETRICO, CON SONDIA VESICAL DE 3 VIAS CON IRRIGACION CONTINUA CON UROMATIC; TOLERA LA DIETA, ELIMINA POR SONDIA VESICAL ORINA HEMATURICA CLARA, PASA ESTABLE, SE LE TOMAN SIGNOS VITALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD.</p> <p>19:00 CON PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SE RECIBE PACIENTE EN CAMA, AC DURANTE LA NOCHE PASA TRANQUILO SE ASISTE EN MEDIDAS DE HIGIENE Y COMFORT Y SE EDUCA SOBRE LOS RIESGOS DE CAIDA. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA CABEZA NORMOCALICA, SIN SOPORTE DE OXIGENO, CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON TAPON HEPARINIZADO, CON CATETER 22, TORAX SIMETRICO, ABDOMEN BLANCO Y DEPRESIBLE, CON SUS CUATRO EXTREMIDADES PRESENTES, CON SONDIA VESICAL DE 3 VIAS CON IRRIGACION CONTINUA CON UROMATIC, TOLERA LA DIETA, ELIMINA POR SONDIA VESICAL ORINA HEMATURICA CLARA, PASA ESTABLE.</p> <p>18:30 previo lavado de manos y uso de app se pasa ronda por unidad se observa paciente en cama con barandas de seguridad arriba, consciente y orientado, tolerando oxigeno al medio ambiente, recibe y tolera via oral sin complicaciones, eliminando por sonda vesical diuresis colúrica, con irrigacion continua, no refiere dolor, en compañía de familia.</p> <p>13:00 ingresa paciente procedente de observación de urgencias, en silla de ruedas, consciente y orientado, tolerando oxigeno al medio ambiente, acceso venoso permeable pasando lev a mantenimiento, sonda vesical conectada a cystoflo, con diuresis clara, extremidades presentes y moviles, se realiza protocolo de bienvenida, se entrega guia de usuario, mega alergias.</p> <p>12:12 SE TRASLADA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS A 4TO PISO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y PERSONAL, PACIENTE PASA BUEN TURNO SIN ALTERACIONES NEUROLOGICAS SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA RECIBE Y TOLERA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN COMPLICACIONES CONSCIENTE ORIENTADO EN TLP APREBIEN BUEN PATRON RESPIRATORIO CON SUS CUATRO EXTREMIDADES PRESENTES Y MOVILES ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS PARA PASO LEV SIN A 40CC/H POR B.I PORTADOR DE SONDIA VESICAL CONECTADA A SISTORLO PERMEABLE ELIMINANDO ORINA CLARA P/ REPORTE DE UROCUETO DEL 25/01/2023 TOMA DE ECO DE ABDOMEN ORDEN EN SALA DE IMAGENOLOGIA.</p> <p>10:30 POR ORDEN MEDICA SE TOMAN EXAMENES DE CONTROL, CON SUS RESPECTIVA ASEPSIA Y PREVIO LAVADO DE MANOS SE SANGRA PACIENTE Y SE LLEVAN A LABORATORIO PARA SU PROCEDIMIENTO</p> <p>07:00 paciente masculino de 81 años de edad quien se le realiza irrigacion con agua estéril de 3000, por sonda vesical de 3 vias, procedimiento realizado sin ninguna complicacion</p> <p>07:00 NI PRESENTE AL USUARIO CON NOMBRE PROPIO REITERO EDUCACION SOBRE: PREVENCION DE CAIDAS, IDENTIFICACION SEGURA, (MANILLA ROTULOS) SESEGREGACION DE DESECHOS INTRAHOSPITALARIOS Y RUTAS DE EVACUACION EN CASO DE EMERGENCIA FAMILIAR Y PACIENTE REPEREN ENTENDER. RECIBO PACIENTE ADULTO MAYOR EN SALA DE OBSERVACION URGENCIAS EN CAMILLA CON BARANDAS DE SEGURIDAD EN ALTO CABECERA ELEVADA SIN COMPAÑIA DE FAMILIAR, AL AXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DESPIERTO CONSCIENTE ORIENTADO EN TLP SIN LINEAS FERRILES ALERTA AL LLAMADO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA NI SIGNOS DE ALJAMA CUELLO Y TORAX SIMETRICOS, EXTREMIDADES SUPERIORES COMPLETAS Y MOVILES ACCESO PERIFERICO PERMEABLE SIN SIGNOS DE INFICCION NI FLEBITIS ASPIRADO A TAPON LIBRE DE AGUA LIMPIO SECO Y ROTULADO EN DORSO DE MISO CON JELCO 23 PARA PASO DE LEV Y MEDICAMENTOS SEGUN ORDEN MEDICA ABDOMEN BLANCO SIN DOLOR AL TACTO PIEL INTEGRAL PORTADOR DE SONDIA VESICAL PERMEABLE ELIMINANDO ORINA COLURICA, MIEMBROS INFERIORES COMPLETAS Y MOVILES. P/ VALORACION POR UROLOGIA VALORACION POR MEDICINA INTERNA.</p>
2023-01-25	

Figura 95 - Notas de Enfermería (Médico)

Usuario enfermero:

PRESTACIÓN - NOTAS DE ENFERMERIA

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA: 14 | 19

PRUEBAS ENFERMERIA VALIDAR PROCESO

LISTADO GENERAL DE NOTAS DE ENFERMERIA

FECHA	NOTAS
2023-01-26	<p>00:00 SE REALIZA PASO DE RONDA Y SE LE CONTROLAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN SE LE BRINDAN MEDIDAS DE CONFOR, NO SE OBSERVAN CAMBIOS NI ALTERACIONES EN SU ESTADO, SE LE REALIZA CAMBIOS DE POSICION SE OBSERVA POCO PRODUCIDO POR SONDA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SISTEMA VAC FUNCIONAL QUEDA EN CAMA CON BARANDAS POR LO ALTO Y MANILLA DE IDENTIFICACION</p> <p>00:00 CON PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE REALIZA PASO DE RONDA, SE OBSERVA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, MUY SOMNOLIENTA, SE REALIZAN CAMBIOS DE POSICION Y SE HIDRATA LA PIEL CON CREMA, CON CATETER VENOSO CENTRAL TRILLUMEN PERMEABLE, SE OBSERVA ESPASTICIDAD MUSCULAR, CON SGT PERMEABLE, POR LA CUAL RECIBE BOLOS DE NUTRICION, ELIMINA POR SONDA VESICAL A CISTOPLO, ORINA COLURICA, CON ESCARAS EN TROCANTERES CUBIERTAS, LA ESCARA DE TROCANTER IZQUIERDA, PRODUCE MATERIAL SERONEMATICO, CON SISTEMA VACC A SUCCION, ESCATRA EN TROCANTER DERECHO, CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE, TOLERA LA NUTRICION, ELIMINA POR SONDA VESICAL, NO HACE DEPOSICION, SE LE TOMAN SIGNOS VITALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD, PASA ESTABLE.</p> <p>19:00 CON PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE EPP, RECIBO PACIENTE POSTRADA, EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, ACOMPAÑADA DE FAMILIAR, RECIBIENDO OXIGENO POR CANULA NASAL A LITRO POR MINUTO, CON DX MEDICO EN HISTORIA CLINICA, NO ORIENTA, NO CONCIENTE, EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA MUCOSAS HUMEDAS, TORAX NORMOESPANSIBLE, ABDOMEN BLANDO SIN DOLOR A LA PALPACION, SONDA DE GASTRONOMIA FUNCIONAL CON ALIMENTACION A JEVITY POR BOMBA DE NUTRICION, CON CATETER TRILLUMEN PERMEABLE LIMPIO Y SECO, SE OBSERVA ESCARAS TROCANTES BILATERALES EN TROCANTE IZQUIERDA CUBIERTA CON MICROPORE Y TROCANTE IZ MAS VAC A 100 FUNCIONAL, PRESENCIA DE SUS CUATRO EXTREMIDADES INMOVILES, ELIMINANDO POR SONDA VESICAL, LA CUAL ESTA FIJADA EN MUSLO DERECHO POR DEBAJO DE LA VESIGA, SE OBSERVA BOLSA VACIA, SIGNOS VITALES ESTABLES, CONTINUA CON FLIAR.</p> <p>18:36 previo lavado de manos y uso de epp se pasa ronda por unidad se observa paciente en cama con barandas de seguridad arriba, despierta, con soporte de oxigeno por canula nasal, recibe y tolera tto farmacologico sin complicaciones, cvc trillumen permeable, gastrostomia pasando nutricion enteral, en trocater izquierdo tcon sistema vac funcional, en compaña de familiar.</p>

Paginas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >> >

Página 1 de 136

Figura 96 - Notas de Enfermería (Enfermero)

PRESTACIÓN - NOTAS DE ENFERMERIA

NOTAS DE ENFERMERIA

HORA: 14 | 19

Datos Guardados Satisfactoriamente.

LISTADO GENERAL DE NOTAS DE ENFERMERIA

FECHA	NOTAS
HOY	<p>14:11 PRUEBAS ENFERMERIA VALIDAR PROCESO</p> <p>00:00 SE REALIZA PASO DE RONDA Y SE LE CONTROLAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN SE LE BRINDAN MEDIDAS DE CONFOR, NO SE OBSERVAN CAMBIOS NI ALTERACIONES EN SU ESTADO, SE LE REALIZA CAMBIOS DE POSICION SE OBSERVA POCO PRODUCIDO POR SONDA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR SISTEMA VAC FUNCIONAL QUEDA EN CAMA CON BARANDAS POR LO ALTO Y MANILLA DE IDENTIFICACION</p> <p>00:00 CON PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, SE REALIZA PASO DE RONDA, SE OBSERVA PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, MUY SOMNOLIENTA, SE REALIZAN CAMBIOS DE POSICION Y SE HIDRATA LA PIEL CON CREMA, CON CATETER VENOSO CENTRAL TRILLUMEN PERMEABLE, SE OBSERVA ESPASTICIDAD MUSCULAR, CON SGT PERMEABLE, POR LA CUAL RECIBE BOLOS DE NUTRICION, ELIMINA POR SONDA VESICAL A CISTOPLO, ORINA COLURICA, CON ESCARAS EN TROCANTERES CUBIERTAS, LA ESCARA DE TROCANTER IZQUIERDA, PRODUCE MATERIAL SERONEMATICO, CON SISTEMA VACC A SUCCION, ESCATRA EN TROCANTER DERECHO, CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE, TOLERA LA NUTRICION, ELIMINA POR SONDA VESICAL, NO HACE DEPOSICION, SE LE TOMAN SIGNOS VITALES, LOS CUALES SE ENCUENTRAN EN LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD, PASA ESTABLE.</p> <p>19:06 CON PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE EPP, RECIBO PACIENTE POSTRADA, EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES, ACOMPAÑADA DE FAMILIAR, RECIBIENDO OXIGENO POR CANULA NASAL A LITRO POR MINUTO, CON DX MEDICO EN HISTORIA CLINICA, NO ORIENTA, NO CONCIENTE, EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA MUCOSAS HUMEDAS, TORAX NORMOESPANSIBLE, ABDOMEN BLANDO SIN DOLOR A LA PALPACION, SONDA DE GASTRONOMIA FUNCIONAL CON ALIMENTACION A JEVITY POR BOMBA DE NUTRICION, CON CATETER TRILLUMEN PERMEABLE LIMPIO Y SECO, SE OBSERVA ESCARAS TROCANTES BILATERALES EN TROCANTE IZQUIERDA CUBIERTA CON MICROPORE Y TROCANTE IZ MAS VAC A 100 FUNCIONAL, PRESENCIA DE SUS CUATRO EXTREMIDADES INMOVILES, ELIMINANDO POR SONDA VESICAL, LA CUAL ESTA FIJADA EN MUSLO DERECHO POR DEBAJO DE LA VESIGA, SE OBSERVA BOLSA VACIA, SIGNOS VITALES ESTABLES, CONTINUA CON FLIAR.</p> <p>18:58 previo lavado de manos y uso de epp se pasa ronda por unidad se observa paciente en cama con barandas de seguridad arriba, despierta, con soporte de oxigeno por canula nasal, recibe y tolera tto farmacologico sin complicaciones, cvc trillumen permeable, gastrostomia pasando nutricion enteral, en trocater izquierdo tcon sistema vac funcional, en compaña de familiar.</p>

Paginas: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >> >

Página 1 de 136

7.0.6 EVOLUCIÓN – INFORMACIÓN CÁNCER

Este submódulo permite registrar toda la información concerniente a la patología de cáncer en los casos que aplique para los pacientes.

EVOLUCION

Informacion Cancer

Teniendo en cuenta que es un formulario extenso (103 preguntas), se muestra una parte de este. El proceso de registro de información lo puede realizar el médico de manera gradual a medida que realice atenciones al paciente (no se registra en un solo paso o momento).

INFORMACION PACIENTES CON CANCER			
1	Tipo de estudio con el que se realizó el diagnóstico de cáncer	-SELECCION-	
2	Motivo por el cual el usuario no tuvo diagnóstico por histopatología	-SELECCION-	
3	Fecha de recolección de muestra para estudio histopatológico	<input checked="" type="radio"/> AAAA-MM-DD	<input type="radio"/> 1845-01-01 = No aplica
4	Fecha de informe histopatológico válido	<input checked="" type="radio"/> AAAA-MM-DD	<input type="radio"/> 1845-01-01 = No aplica
5	Fecha de primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna	<input checked="" type="radio"/> AAAA-MM-DD	<input type="radio"/> 1845-01-01 = No aplica
6	Histología del tumor en muestra de biopsia o quirúrgica	-SELECCION-	
7	Grado de diferenciación del tumor sólido maligno según la biopsia o informe de primera cirugía	-SELECCION-	
8	Si es tumor sólido, cuál fue la primera estadificación	-SELECCION-	
9	Fecha en que se realizó esta estadificación	<input checked="" type="radio"/> AAAA-MM-DD	<input type="radio"/> 1845-01-01 = No aplica
10. Para cáncer de mama			
	Se le realizó a este usuario la prueba HER2	-SELECCION-	
	Fecha realización	<input checked="" type="radio"/> AAAA-MM-DD	<input type="radio"/> 1845-01-01 = No aplica
	Resultado	-SELECCION-	
11. Para cáncer colorrectal			
	Estadificación de Dukes	-SELECCION-	
	Fecha de realización	<input checked="" type="radio"/> AAAA-MM-DD	<input type="radio"/> 1845-01-01 = No aplica

Figura 97 - Información Cáncer

7.0.7 EVOLUCIÓN – ASISTENCIA VENTILATORIA UCI

En este submódulo, los profesionales podrán registrar la información de la asistencia mecánica realizada a los pacientes.

EVOLUCION

Asistencia Ventilatoria UCI

Al ingresar al submódulo se muestra el siguiente formulario. En este agregamos la información requerida y al finalizar damos clic en el botón **Insertar** para almacenar el registro.

ASISTENCIA VENTILATORIA

ASISTENCIA VENTILATORIA

MODO: Volumen Control AC | FIO₂: FIO₂ 60% | F. RESP: 45 X min | F. VENT: 50 X min | ESPONT: 50 X min | VOL/HIN: 10 X min | SEN: | P. INSP: | cm

REL IE: | PEEP: | PI PICO: | PI MESETA: | PI MEDIA: | ETC O₂: | TI: | Seg

TE: | PEEP/PL (PEEP LOW): | PEEP/PH (PEEP HIGH): | SP O₂: | CURVA: Cuadrada Desacelerada Sinusoidal

INSERTAR

ASISTENCIA VENTILATORIA

ASISTENCIA VENTILATORIA

MODO: Volumen Control AC | FIO₂: FIO₂ 60% | F. RESP: 45 X min | F. VENT: 50 X min | ESPONT: 50 X min | VOL/HIN: 10 X min | SEN: | P. INSP: | cm

REL IE: | PEEP: | PI PICO: | PI MESETA: | PI MEDIA: | ETC O₂: | TI: | Seg

TE: | PEEP/PL (PEEP LOW): | PEEP/PH (PEEP HIGH): | SP O₂: | CURVA: Cuadrada Desacelerada Sinusoidal

INSERTAR

FECHA	HORA	MODO	FIO ₂	F. RESP	F. VENT	ESPONT	VOL/HIN	SENS	P. INSP	TI	REL IE	PEEP	P PI	P RES	PI MED	ETC O ₂	TE	PH	SPO ₂	CURVA	USUARIO	
HOY	14:32:00	Volumen Control AC	FIO ₂ 60%	45	50.0	50.0	10.0															ELIMINAR

Figura 98 - Asistencia Ventilatoria UCI

Si es requerido eliminar el registro lo podemos realizar desde la opción correspondiente:



ASISTENCIA VENTILATORIA

ASISTENCIA VENTILATORIA

MODO: Volumen Control AC | FIO₂: FIO₂ 60% | F. RESP: 45 X min | F. VENT: 50 X min | ESPONT: 50 X min | VOL/HIN: 10 X min | SEN: | P. INSP: | cm

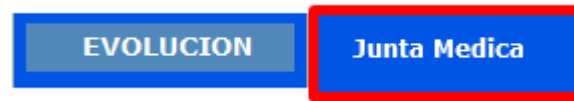
REL IE: | PEEP: | PI PICO: | PI MESETA: | PI MEDIA: | ETC O₂: | TI: | Seg

TE: | PEEP/PL (PEEP LOW): | PEEP/PH (PEEP HIGH): | SP O₂: | CURVA: Cuadrada Desacelerada Sinusoidal

7.0.8 EVOLUCIÓN – JUNTA MÉDICA

Teniendo en cuenta que por definición una junta médica es un grupo de profesionales de la salud, por lo general especialistas, que se reúnen para evaluar el estado de salud de un paciente y ofrecer una opinión médica conjunta sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico

de la enfermedad, el submódulo **Junta Médica** de Dusoft permite registrar las actividades, conclusiones, decisiones y procesos realizados en dicha junta.



Al acceder al submódulo se muestra el siguiente formulario:

JUNTA MEDICA

JUNTA MEDICA
HISTORIAL

MEDICO QUE DIRIGE:
MEDICO ESPECIALISTA
ESPECIALIDAD:
INTENSIVISTA

Especialidad : Medico : Insertar

SERVICIO

FECHA Y HORA

14
:
40

MOTIVO O JUSTIFICACIÓN

ANALISIS DEL CASO

CONCLUSIONES

OBSERVACIONES

Guardar

Figura 99 - Junta Médica

El orden de registro de la información es indistinto. Para el ejemplo agregamos la información que se debe digitar en los campos de texto y posteriormente agregamos los médicos participantes en la junta médica.

JUNTA MEDICA

JUNTA MEDICA
HISTORIAL

MEDICO QUE DIRIGE:
MEDICO ESPECIALISTA
ESPECIALIDAD:
INTENSIVISTA

Especialidad : -- SELECCIONE --
Insertar

SERVICIO

HOSPITALIZACION - CRD

FECHA Y HORA

14 : 40

MOTIVO O JUSTIFICACIÓN

PRUEBAS JUSTIFICACIÓN

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

Guardar


Posteriormente agregamos los demás médicos participantes en la junta médica:

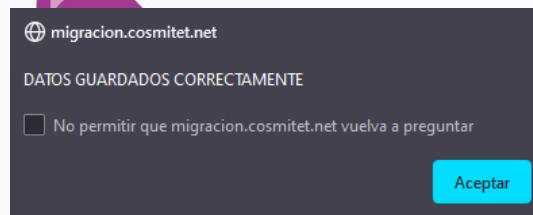
Especialidad :
Medico :
Insertar

Especialidad :
Medico :
Insertar

Especialidad : INTENSIVISTA Medico : MEDICO ESPECIALISTA Insertar

Una vez hemos terminado de agregar todos los médicos participantes de la junta guardamos la información:

MEDICO :	PEPITO PEREZ	ESPECIALIDAD:	CARDIOLOGO	
MEDICO :	SULTANO PERENCEJO	ESPECIALIDAD:	CARDIOLOGO	
MEDICO :	MEDICO ESPECIALISTA	ESPECIALIDAD:	INTENSIVISTA	
Guardar				





Para consultar la información de la junta médica registrada accedemos a la pestaña HISTORIAL y en esta se encuentra el registro almacenado previamente:

PRESTACIÓN - JUNTA MEDICA						
JUNTA MEDICA		HISTORIAL				
INGRESO-FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OPCION	IMPRESIÓN	
5444472 - 15/03/2023 22:01:09	13303892	15/03/2023 22:01:09	MEDICO ESPECIALISTA	 VER		

Figura 100 - Historial

En la opción **VER** se despliega la información mostrando la vista del formulario:

PRESTACIÓN - JUNTA MEDICA					
JUNTA MEDICA		HISTORIAL			
INGRESO-FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OPCION	IMPRESIÓN
5444472 - 15/03/2023 22:01:09	13303892	15/03/2023 22:01:09	MEDICO ESPECIALISTA	 VER	

JUNTA MEDICA
HISTORIAL
CERRAR [X]

JUNTA MEDICA	
FECHA	USUARIO
15-03-2023 22:01:09	MEDICO ESPECIALISTA

JUNTA MEDICA	
SERVICIO	FECHA Y HORA
URGENCIAS	22:01:09

MOTIVO O JUSTIFICACIÓN

PRUEBAS JUSTIFICACIÓN

ANÁLISIS DEL CASO

ANÁLISIS DEL CASO

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

PARTICIPANTES			
MEDICO :	PEPITO PEREZ	ESPECIALIDAD:	CARDIOLOGO
MEDICO :	SULTANO PERENCEJO	ESPECIALIDAD:	CARDIOLOGO
MEDICO :	MEDICO ESPECIALISTA	ESPECIALIDAD:	INTENSIVISTA

En la **opción de impresión** se muestra la información registrada de la junta médica en un formato de reporte:

PRESTACIÓN - JUNTA MEDICA						
JUNTA MEDICA HISTORIAL						
INGRESO-FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OPCION	IMPRESIÓN	
5444472 - 15/03/2023 22:01:09	13303892	15/03/2023 22:01:09	MEDICO ESPECIALISTA	VER		

JUNTA MEDICA	
PACIENTE: [REDACTED] POBLACIÓN VULNERABLE: [REDACTED] FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] RESIDENCIA: [REDACTED] OCCUPACION: [REDACTED] NOBRE RESPONSABLE PACIENTE: [REDACTED] NOBRE ACOMPAÑANTE: [REDACTED] FECHA INGRESO: 24/3/2023 - 17:11:02 DEPARTAMENTO: 09067 - HOSPITALIZACION - CRD PLAN: URG VITAL UNION TEMPORAL SUMMEDICAL SAS (RED VITAL) 2023 ESTADO CIVIL: [REDACTED]	IDENTIFICACION: [REDACTED] HC: [REDACTED] Pertenencia Étnica: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] SEXO: M TIPO AFILIADO: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED] FECHA EGRESO: [REDACTED] CARA: 4028-A SERVICIO: HOSPITALARIO
Impresión: MEDICO ESPECIALISTA - medico especialista Fecha Impresión: 2023/03 - 22:14:43	
FECHA:	DESCRIPCION JUNTA MEDICA
2023-03-15	MOTIVO O JUSTIFICACIÓN: PRUEBAS JUSTIFICACIÓN: ANÁLISIS DEL CASO: ANÁLISIS DEL CASO: CONCLUSIONES: CONCLUSIONES: OBSERVACIONES: OBSERVACIONES:
<p>DOCUMENTO SIN FIRMA DE PROFESIONAL DOCUMENTO NO VALIDO</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PROFESIONAL: [REDACTED] ESPECIALIDAD - CARDIOLOGO</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PROFESIONAL: [REDACTED] ESPECIALIDAD - CARDIOLOGO</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PROFESIONAL: [REDACTED] CC - 39411562 - T.P 6214-87 ESPECIALIDAD - INTERVISTA</p> </div> </div>	

Figura 101 - Imprimir reporte

8.0 EGRESO

Este ítem contiene los submódulos relacionados con el proceso de egreso del paciente.

MENU
HISTORIA CLINICA
ORDENES MEDICAS
DIETAS
EVOLUCION
EGRESO
TERAPIAS DE REHABILITACION
UNIDAD RENAL
CIRUGIA - PROCEDIMIENTOS
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
ANESTESIOLOGIA
ECOCARDIOGRAMAS
SEGURIDAD DEL PACIENTE
TERAPIA OCUPACIONAL
FONOAUDIOLOGIA
ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS
NUTRICIÓN

8.0.1 EGRESO - DIAGNÓSTICO DE EGRESO RIPS



Este submódulo permite agregar los **diagnósticos de egreso** a los pacientes. Al ingresar al formulario se mostrará por defecto el Diagnóstico de Ingreso que le fue agregado al paciente con la opción de seleccionarlo y agregarlo como Diagnóstico de Egreso (esto en caso de que el diagnóstico no haya cambiado en el tiempo transcurrido entre el ingreso hasta la salida del paciente).

Adicionalmente, el formulario tiene un buscador que permite filtrar los diagnósticos por el código CIE10 (si este se conoce), o por la descripción del diagnóstico.

Para el ejemplo, se muestra el diagnóstico de ingreso que fue registrado al paciente:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS					
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	110X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

Figura 102 - Diagnóstico de Egreso

Para agregar un nuevo diagnóstico buscamos el requerido. Continuando con el ejemplo buscamos por la descripción del diagnóstico:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS					
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	110X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

Seleccionamos el diagnóstico requerido y damos clic en el botón **Guardar**:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS					
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	110X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

RESULTADO DE LA BUSQUEDA					
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DX PRINCIPAL/SECUNDARIO	TIPO DX	OPCION	
N020	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE ANOMALIA GLOMERULAR MINIMA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N021	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE LESIONES GLOMERULARES FOCALES Y SEGMENTARIAS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N022	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA DIFUSA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N023	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA MESANGIAL DIFUSA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N024	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS PROLIFERATIVA ENDOCAPILAR DIFUSA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N025	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS MESANGIOCAPILAR DIFUSA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N026	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE ENFERMEDAD POR DEPOSITOS DENOS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N027	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE GLOMERULONEFRITIS DIFUSA EN MEDIA LUNA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N028	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE OTRAS	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
N029	HEMATURIA RECURRENTE Y PERSISTENTE NO ESPECIFICADA	PRINCIPAL	<input type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input type="checkbox"/>	
R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA	PRINCIPAL	<input checked="" type="radio"/> CN <input type="radio"/> CR	<input checked="" type="checkbox"/>	

El diagnóstico de egreso es almacenado correctamente:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS					
PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	110X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

DATOS GUARDADOS SATISFACTORIAMENTE.

Si es necesario que el diagnóstico que acabamos de agregar quede como **Primario**, podemos hacer la modificación desde el botón indicado:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

Como se observa en la imagen, el diagnóstico primario es cambiado exitosamente:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

En caso de querer **eliminar** alguno de los diagnósticos lo podemos hacer desde la opción (botón) correspondiente:

PRESTACIÓN - DIAGNOSTICOS DE EGRESO

PRIMARIO	TIPO DX	CODIGO	DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS	DIAGNOSTICO	ELIMINAR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA		<input checked="" type="button" value="ELIMINAR"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R31X	HEMATURIA NO ESPECIFICADA		

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

CODIGO: DIAGNOSTICO:

8.0.2 EGRESO - PROFESIONAL TRATANTE

Permite registrar y/o seleccionar el nombre del profesional que realiza la atención del paciente.

Al ingresar al submódulo se muestra la pantalla que permite agregar el profesional tratante si no está registrado, y si está registrado y es necesario cambiarlo permite realizar también este proceso. Adicionalmente se muestra el historial de los profesionales tratantes si existen datos.

Para el ejemplo, previamente fue agregado un profesional tratante, como se indica en la imagen:

PRESTACIÓN - PROFESIONAL TRATANTE			
PROFESIONAL TRATANTE ACTUAL			
PROFESIONAL	ESPECIALIDAD		EDITAR
MEDICO TRATANTE	MEDICO GENERAL		
INGRESO 529891	HISTORIAL DE PROFESIONALES TRATANTES MEDICO TRATANTE DOS	ESPECIALIDAD MEDICO GENERAL	FECHA REGISTRO 2022-12-09 03:12:51
INGRESO: 515862 FECHA Y VIA DE INGRESO: (24 / 10 / 2022) -			

Figura 103 - Profesional Tratante

Procedemos a cambiar el profesional tratante. Para el proceso damos clic en el botón **EDITAR**:

PRESTACIÓN - PROFESIONAL TRATANTE			
PROFESIONAL TRATANTE ACTUAL			
PROFESIONAL	ESPECIALIDAD		EDITAR
MEDICO TRATANTE	MEDICO GENERAL		
INGRESO 529891	HISTORIAL DE PROFESIONALES TRATANTES MEDICO TRATANTE DOS	ESPECIALIDAD MEDICO GENERAL	FECHA REGISTRO 2022-12-09 03:12:51
INGRESO: 515862 FECHA Y VIA DE INGRESO: (24 / 10 / 2022) -			

Se muestra la siguiente ventana que permite realizar la consulta del profesional por los campos **Código**, **Nombre** o **Especialidad** (si se conoce). Para el ejemplo digitamos el nombre en el campo correspondiente y damos clic en el botón **Buscar**:

PRESTACIÓN - PROFESIONAL TRATANTE			
BUSQUEDA AVANZADA DE PROFESIONALES			
CODIGO:	NOBRE: PEPITO	ESPECIALIDAD:	BUSCAR
ID	NOMBRE	ESPECIALIDAD	TIPO
1234567	PEPITO PRUEBAS 1	MEDICO GENERAL	<input type="radio"/>
2488024	PEPITO PRUEBAS 2	ENFERMERIA GENERAL	<input type="radio"/>
3692581	PEPITO PRUEBAS 3	GINECOLOGO-OBSTETRA	<input type="radio"/>
GUARDAR			

Seleccionamos el médico requerido y damos clic en el botón **GUARDAR**:

PRESTACIÓN - PROFESIONAL TRATANTE

BUSQUEDA AVANZADA DE PROFESIONALES

CODIGO: NOMBRE: PEPITO ESPECIALIDAD: BUSCAR

ID	NOMBRE	ESPECIALIDAD	TIPO
1234567	PEPITO PRUEBAS 1	MEDICO GENERAL	<input checked="" type="radio"/>
2468024	PEPITO PRUEBAS 2	ENFERMERIA GENERAL	<input type="radio"/>
3692581	PEPITO PRUEBAS 3	GINECOLOGO-OBSTETRA	<input type="radio"/>

GUARDAR

El profesional tratante es agregado/modificado correctamente:

PRESTACIÓN - PROFESIONAL TRATANTE

PROFESIONAL PROFESIONAL TRATANTE ACTUAL ESPECIALIDAD EDITAR

PEPITO PRUEBAS 1 MEDICO GENERAL

INGRESO HISTORIAL DE PROFESIONALES TRATANTES ESPECIALIDAD FECHA REGISTRO

52989 MEDICO TRATANTE DOS MEDICO GENERAL 2022-12-09 03:12:51

INGRESO: 515862
FECHA Y VIA DE INGRESO: (24 / 10 / 2022) -

8.0.3 EGRESO – FORMULACIÓN AMBULATORIA

Este submódulo permite a los médicos generar las fórmulas ambulatorias a los pacientes.



Al ingresar al submódulo se muestra el formulario que se indica en la siguiente imagen:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFABRACOLOGICO: BUSCAR

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD SOLICITAR INSUMOS

Figura 104 - Formulacion Ambulatoria

La búsqueda de medicamentos en este submódulo se puede realizar por la descripción del medicamento o por la descripción del principio activo.

Búsqueda por descripción del producto:

Para realizar el proceso digitamos la descripción del producto y damos clic en el botón **Buscar**.

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos

PRODUCTO: acetaminofen

ADICION DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO:

Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

8.0.3.1 FORMULAR MEDICAMENTO

Para realizar este proceso identificamos visualmente el que se requiere formular y damos clic en el botón de la columna **OP**:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos

PRODUCTO: acetaminofen

ADICION DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO:

Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

CODIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	ANATOFARMACOLÓGICO	FORMA	JUSTIFICACION EXIST.	CONCENTRACION	OP
POS FOFDA0010244	ACETAMINOFEN 100MG SOLUCION ORAL.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	ORAL		0 100MG	
POS FOFDA0010245	ACETAMINOFEN 150MG/SML SOLUCION ORAL.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	ORAL		33 150MG/SML 20	
POS FOFDA0011224	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA.	ACETAMINOFEN	OTROS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICOS	TABLETA		147901 500MG 1	

Figura 105 - Formular Medicamento

A continuación, se muestra la pantalla que permite agregar la información del medicamento para formular, como la **Vía de administración, dosis, frecuencia, días de tratamiento** y la opción que permite definir si el medicamento se transcribe de forma automática por un tiempo determinado (**transcribir por**), lo cual determina el tiempo en meses por el que se generará la fórmula.

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

POS: FOFDA0011224

PRODUCTO: ACETAMINOFEN 500MG TABLETA

PRINCIPIO ACTIVO: ACETAMINOFEN

CONCENTRACION: 500MG

FORMA: TABLETA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL

DOSES: SELECCIONAR

FRECUENCIA MEDICAMENTOS: CADA: SELECCIONAR

TRANSCRIBIR POR: SI NO

DIAS TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUSTRITO:

GUARDAR

CANCELAR

A continuación, se agrega la información de la formulación del medicamento. Como se indica en la imagen, en la opción **“TRANSCRIBIR POR”** seleccionamos la opción **“NO”**, con lo cual el médico debe agregar de forma manual el dato de los **DÍAS DE TRATAMIENTO**.

Si en el campo **“TRANSCRIBIR POR”** seleccionamos la opción **“SI”**, se habilitan dos nuevos ítems: uno para seleccionar **el tiempo en meses**, y otro para **definir si el paciente es crónico**. Si se define que el paciente es crónico, el medicamento quedará formulado de manera predeterminada para que en las próximas atenciones del paciente se visualice y pueda ser seleccionado y formulado por el médico sin necesidad de buscarlo de manera específica, es decir, ya estaría **“preformulado”**.

Continuando con el ejemplo, procedemos a guardar el medicamento, es decir, a agregarlo a la fórmula:

El medicamento es formulado correctamente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL MEDICAMENTO FUE FORMULADO CORRECTAMENTE

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 270 TABLETA POR 500HG DIAS TRATAMIENTO: 90 DIAS(S)	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS
--	---

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

Formulación medicamentos ambulatorios

Si es necesario agregar otros medicamentos a la fórmula hacemos el mismo proceso:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos

PRODUCTO: amoxicilina

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 270 TABLETA POR 500HG DIAS TRATAMIENTO: 90 DIAS(S)	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS
--	---

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

Formulación medicamentos ambulatorios

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos

PRODUCTO: amoxicilina

ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

POS	CODIGO	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	ANATOFARMACOLOGICO	FORMA	JUSTIFICACION EXIST. CONCENTRACION
POS	FOFOA0231310	AMOXICILINA 500MG TABLETA O CAPSULA	AMOXICILINA	ANTIBACTERIANOS BETA-LACTAMICOS, PENICILINAS	TABLETA O CAPSULA	2310 500MG 14

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

FORMULACION DE MEDICAMENTOS

POS	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA
	AMOXICILINA 500MG TABLETA O CAPSULA CAJA X 1. VARIOS	AMOXICILINA	500MG	TABLETA O CAPSULA

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL

DOSIS: 1 TABLETA (S)

FRECUENCIA MEDICAMENTOS: CADA: 12 Hora(s)

TRANSCRIBIR POR: SI NO

DIAS TRATAMIENTO: 90

PACIENTE CRONICO: SI NO

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

GUARDAR CANCELAR

El medicamento es formulado correctamente. Como se puede observar en la siguiente imagen, la fórmula tiene los dos medicamentos que formulamos:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL MEDICAMENTO FUE FORMULADO CORRECTAMENTE

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN)	FORMULO:	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 270 TABLETA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)			

Formulación medicamentos ambulatorios

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA)	FORMULO:	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 12 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)			

- Si es necesario eliminar un medicamento de la fórmula lo podemos hacer desde el botón correspondiente:

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN)

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL
DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD: 270 TABLETA POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)

FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

Formulación medicamentos ambulatorios

Figura 106 - Eliminar Medicamento

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

¿DESEA BORRAR EL PRODUCTO?

Aceptar Cancelar

ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN)

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL
DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD: 270 TABLETA POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)

FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

Formulación medicamentos ambulatorios

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA)

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL
DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)

FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
MEDICAMENTO POS

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

REGISTRO ELIMINADO

ACETAMINOFEN - FOFOA0011224 (ACETAMINOFEN)

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL
DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s)
CANTIDAD: 270 TABLETA POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)

FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
MEDICAMENTO POS

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMINISTRO

Formulación medicamentos ambulatorios

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA)

VIA DE ADMINISTRACION: ORAL
DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 12 Hora(s)
CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)

FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
MEDICAMENTO POS

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

SE HA REALIZADO LA ELIMINACIÓN DE LA FORMULACIÓN DEL MEDICAMENTO

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA)	FORMULO:	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL			
DOSES: 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)			
CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG			
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)			

- Si es necesario realizar alguna modificación del medicamento formulado lo podemos hacer desde el botón correspondiente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

SE HA REALIZADO LA ELIMINACIÓN DE LA FORMULACIÓN DEL MEDICAMENTO

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA)	FORMULO:	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL			
DOSES: 1 TABLETA (S) Cada 12 Hora(s)			
CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG			
DIAS TRATAMIENTO: 90 DIA(S)			

- Se muestra la pantalla de formulación, en la cual realizamos la modificación requerida:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS

PRODUCTO: AMOXICILINA 500MG TABLETA O CAPSULA | CAJA X 1. VARIOS

PRINCIPIO ACTIVO: AMOXICILINA

CONCENTRACION: 500MG

FORMA: TABLETA O CAPSULA

VIA DE ADMINISTRACIÓN: ORAL

DOSES: 1.00

FRECUENCIA MEDICAMENTOS: CADA: 8

TRANSCRIBIR POR: SI NO

DIAS TRATAMIENTO: 60

PACIENTE CRÓNICO (SI/NO): 2 Meses

OBSERVACIONES E INDICACIONES DE SUMISTRO

GUARDAR | CANCELAR

Figura 107 - Modificar Formulación de Medicamento

- Al guardar el medicamento observamos que se realizó la modificación:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

LA INFORMACIÓN DE LA FORMULACIÓN DEL MEDICAMENTO FUE ACTUALIZADA CORRECTAMENTE

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA)	FORMULO:	MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL			
DOSES: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)			
CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG			
DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)			

8.0.3.2 SOLICITAR INSUMOS

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO:

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS

LA INFORMACIÓN DE LA FORMULACIÓN DEL MEDICAMENTO FUE ACTUALIZADA CORRECTAMENTE

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - F0FA0251310 (AMOXICILINA)		FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VIA DE ADMINISTRACION: ORAL	DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s)		
CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG			
DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)			

Figura 108 - 108 - Solicitar Insumos

Desde esta opción podemos formular insumos a los pacientes. El formulario tiene las opciones de realizar la búsqueda de los insumos por el **código** o por la **descripción** del producto. Ejemplo:

PRESTACIÓN - AGREGAR INSUMOS

BUSCADOR AVANZADO DE INSUMOS

TIPO:

PRESTACIÓN - AGREGAR INSUMOS

BUSCADOR AVANZADO DE INSUMOS

TIPO:

PRESTACIÓN - AGREGAR INSUMOS

BUSCADOR AVANZADO DE INSUMOS

TIPO:

CODIGO	PRODUCTO - ABREVIACION	JUSTIFICACION	EXIST.	CANT	TRANSCRIBIR POR
2136H001591877	LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 - PRODUCTOS ROCHE S.A	0	0	10	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>

El insumo es agregado a la fórmula correctamente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL PRODUCTO SE GUARÓ SATISFACTORIAMENTE.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - F01GA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 300MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
---	------------------------------	-----------------

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 . PRODUCTOS ROCHE S.A	Cant: 10	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
---	----------	------------------------------

Si es necesario modificar el insumo en la fórmula, lo podemos hacer desde el botón correspondiente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL PRODUCTO SE ACTUALIZÓ SATISFACTORIAMENTE.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - F01GA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 300MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
---	------------------------------	-----------------

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 . PRODUCTOS ROCHE S.A	Cant: 10	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
---	----------	------------------------------

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ID	PRODUCTO	CANT	TRANSCRIBIR POR
2130H001591877	LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 . PRODUCTOS ROCHE S.A	12	SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> 3 Meses

GUARDAR CANCELAR

La información de formulación del producto es modificada correctamente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICIÓN DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos | PRODUCTO: | PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLÓGICO: | Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL PRODUCTO SE ACTUALIZÓ SATISFACTORIAMENTE.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - F01GA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 300MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
---	------------------------------	-----------------

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 . PRODUCTOS ROCHE S.A	DIAS SOLICITUD: 90	Cant: 12	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
---	--------------------	----------	------------------------------

De la misma forma, si es necesario eliminar el insumo de la fórmula podemos hacer el proceso desde el botón correspondiente:

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos PRODUCTO: ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL PRODUCTO SE ACTUALIZO SATISFACTORIAMENTE.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)		FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS	
---	--	---	--

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 - PRODUCTOS ROCHE S.A	DIAS SOLICITUD: 90 Cant: 12 FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	
---	--	--

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos PRODUCTO: ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
¿DESEA BORRAR EL PRODUCTO?

migracion.comitet.net Aceptar Cancelar

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)		FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS	
---	--	---	--

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 - PRODUCTOS ROCHE S.A	DIAS SOLICITUD: 90 Cant: 12 FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	
---	--	--

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos PRODUCTO: ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

REGISTRO ELIMINADO
 No permitir que migracion.comitet.net vuelva a preguntar

migracion.comitet.net Aceptar

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)		FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS	
---	--	---	--

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 - PRODUCTOS ROCHE S.A	DIAS SOLICITUD: 90 Cant: 12 FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	
---	--	--

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TIPO: Todos PRODUCTO: ADICION DE MEDICAMENTOS - BUSQUEDA AVANZADA PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARMACOLOGICO: Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
SE HA REALIZADO LA ELIMINACION DEL INSUMO

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOFOA0251310 (AMOXICILINA) VIA DE ADMINISTRACION: ORAL DOSIS: 1 TABLETA (S) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 500MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIA(S)		FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA MEDICAMENTO POS	
---	--	---	--

8.0.3.3 CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

Esta opción redirige a la página del ministerio de salud y permite al médico consultar la información de los medicamentos.

PRESTACIÓN - SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ADICION DE MEDICAMENTOS - BÚSQUEDA AVANZADA

TIPO: Todos PRODUCTO: PRINCIPIO ACTIVO/COD. ANATOFARRACOLÓGICO: Buscar

CONSULTA MEDICAMENTOS MINSALUD

SOLICITAR INSUMOS
EL PRODUCTO SE GUARDÓ SATISFACTORIAMENTE.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

AMOXICILINA - FOF0A025 E310 (AMOXICILINA)	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA	MEDICAMENTO POS
VEA DE ADMINISTRACION: OSA4 DOSIS: 1 TABLETA (5) Cada 8 Hora(s) CANTIDAD: 180 TABLETA O CAPSULA POR 300MG DIAS TRATAMIENTO: 60 DIAS(D)		

INSUMOS AMBULATORIOS SOLICITADOS

LANCETAS ACCU-CHEK 1 UNIDAD CAJA X 25 - PRODUCTOS ROCHE S.A	DIAS SOLICITUD: 90	Cant: 32	FORMULO: MEDICO ESPECIALISTA
---	--------------------	----------	------------------------------

Figura 109 - Consulta Medicamentos Minsalud

www.medicamentosauclinc.gov.co

Jueves, 10 de marzo de 2023 | Inicio de sesión / Registro | Mapa del sitio

La salud es de todos Minsalud

iETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

medicamentos aunclic

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

amoxicilina Buscar

Búsqueda avanzada de medicamentos

www.medicamentosauclidic.gov.co/Consultas/fmBusquedas.aspx?idPpio=fmBusquedasIfm.aspx?idPpio=30

Jueves, 16 de marzo de 2023 | Inicio de sesión / Registro | Mapa del sitio

La salud es de todos Minsalud

IE TS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud*

medicamentos auclidic

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

Búsqueda avanzada de medicamentos

Inicio > Consulta monografía

Término de Búsqueda... Buscar

AMOXICILINA
CÓDIGO ATC: J01CA04

Antibiótico

CLASE TERAPÉUTICA: anti infeccioso, antibiótico, penicilinas.

Indicación del medicamento

- La amoxicilina solo es útil para tratar las infecciones producidas por bacterias que sean sensibles; es decir, este medicamento no es útil en el tratamiento de todas las infecciones por bacterias (3).
- Este medicamento es un antibiótico y se usa para tratar algunas infecciones en diferentes órganos y tejidos del cuerpo; principalmente garganta, oídos, nariz, pulmones, estómago e intestinos así como también, en combinación con otros medicamentos, para tratar la infección por *Helicobacter pylori*.
- Los antibióticos no tienen ningún efecto sobre los resfriados, la gripe y otras infecciones virales.
- Tomar antibióticos cuando no se necesitan aumenta su riesgo de contraer una infección que se resista al tratamiento con este y otros antibióticos (6).

Uso del medicamento

9. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN

9.1. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN

9.2. TEST DE CAMINATA

La marcha de 6 minutos es una prueba de esfuerzo de carga constante que mide la distancia que una persona puede caminar en un periodo de seis minutos, con paso rápido, sobre una superficie plana y dura. Es la prueba más simple y más utilizada para evaluar la capacidad funcional del paciente; es rápida, reproducible, de bajo costo y utiliza una actividad que es familiar a todos los individuos: caminar.

Este submódulo 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 110.

Figura 110 - Test de caminata

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

10. UNIDAD RENAL

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 111



Figura 111 - Procedimientos unidad renal

Al dar clic en la pestaña historial observamos el procedimiento realizado al paciente Figura 112




Figura 112 - Historial procedimientos

Al dar clic en la opción ver observamos el detalle del procedimiento realizado al paciente Figura 113

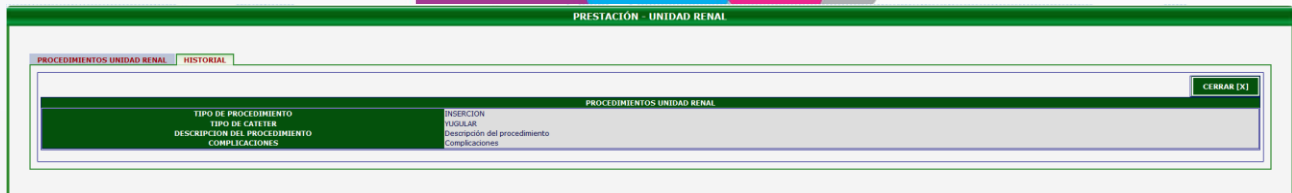


Figura 113 - Detalle procedimiento

10.1. PRESCRIPCIÓN HEMODIÁLISIS

Es un submódulo de Historia Clínica que se encuentra en el ítem llamado UNIDAD RENAL y permite al personal de enfermería registrar la información del proceso de Hemodiálisis realizado a los pacientes. El formulario permite agregar la siguiente información:

- CONDICION PROCEDIMIENTO
- No MAQUINA
- HORA INICIO
- DIALIZADOR
- ACCESO VASCULAR
- TIPO CATETER
- FECHA SESION
- PESO INICIO
- PESO FINAL
- FLUJO BOMBA

Adicionalmente el submódulo permite seleccionar las posibles complicaciones que puedan presentarse al realizar el proceso, agregar información de monitoreo definiendo la hora y registrando la presión sistólica, presión diastólica y la frecuencia cardíaca.

En la pestaña Historial podemos consultar la información registrada.

PRESTACIÓN - CONTROL DE ENFERMERIA SALA DE HEMODIALISIS

INFORMACION GENERAL **MONITOREO** HISTORIAL

<p>CONDICION PROCEDIMIENTO</p> <p><input type="radio"/> CRONICO</p> <p>HORA INICIO: --:--:00</p> <p>DIALIZADOR: _____</p> <p>ACCESO VASCULAR: _____</p> <p>TIPO CATETER: _____</p> <p>FECHA SESION: _____</p> <p>PESO INICIO: _____ Kg</p> <p>PESO FINAL: _____ Kg</p> <p>FLUJO BOMBA: _____ ml/min</p>	<p><input type="radio"/> AGUDO</p> <p>DURACION PROCEDIMIENTO: 0 Hrs</p> <p>HORA TERMINACION: _____ UI</p> <p>HEPARINA: _____</p> <p><input type="radio"/> CATETER</p> <p><input type="radio"/> TEMPORAL</p> <p><input type="radio"/> INJERTO</p> <p>[dd/mm/aaaa]</p> <p>PESO SECO: _____ Kg</p> <p>ULTRA FILTRACION: _____</p> <p>VOLUMEN SANGRE TRATADA: _____ %</p>
COMPLICACIONES	
<p><input type="checkbox"/> INFECCIONES CATETER</p> <p><input type="checkbox"/> INFECCIONES FISTULA</p> <p><input type="checkbox"/> HIPERTENSION</p> <p><input type="checkbox"/> DESCONEXION ACCIDENTAL</p> <p><input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION</p>	<p><input type="checkbox"/> EMBOLIA AEREA</p> <p><input type="checkbox"/> HIPOTENSION</p> <p><input type="checkbox"/> FAV OBSTRUIDA</p> <p><input type="checkbox"/> SOBRECARGA HIDRICA > 3.5L</p>
<p><input type="checkbox"/> CALAMBRES</p> <p><input type="checkbox"/> HEMATOMAS</p> <p><input type="checkbox"/> FILTRO COAGULADO</p> <p><input type="checkbox"/> MUERTE</p>	

GUARDAR

10.2. VACUNACIÓN HEPATITIS

Es un submódulo de historia Clínica que se encuentra en el ítem llamado UNIDAD RENAL y permite al personal de enfermería registrar la información de vacunas de hepatitis aplicadas a los pacientes. En el proceso se agrega la información de la fecha, vía de administración, dosis, tipo de dosis y de manera obligatoria se debe registrar una observación del proceso.

En la pestaña Historial se puede consultar el registro que se almacena en el proceso.

PRESTACIÓN - UNIDAD RENAL VACUNACION

REGISTRO VACUNACION | **HISTORIAL**

FECHA:

VIA DE ADMINISTRACION: --SELECCIONAR--

DOSIS:

DOSIS/REFUERZO: --SELECCIONAR--

OBSERVACIONES

GUARDAR

10.3. CLASIFICACIÓN ORIFICIO SALIDA

Este submódulo ubicado en el ítem llamado **UNIDAD RENAL** permite al personal asistencial registrar la información del procedimiento de hemodiálisis realizado a los pacientes. El formulario está compuesto por secciones que permiten registrar los datos de cada una de estas en función del estado del paciente. Al final del formulario se debe agregar el nombre del usuario que realizó la clasificación.

Del mismo modo que en formularios anteriores, se dispone de una pestaña llamada Historial que permite consultar los registros previamente realizados.

PRESTACIÓN - HOJA DE CLASIFICACION DEL ORIFICIO DE SALIDA

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

Evaluación Externa

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

Evaluación Seno

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

Trauma

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

Perfecto Bueno Equivoco Clasificación: Aguda Crónica

Post Trauma I.Retom

Comentarios:

GUARDAR

10.4. PRESCRIPCIÓN DIÁLISIS

Es un submódulo de Historia Clínica que se encuentra en el ítem llamado UNIDAD RENAL y permite al personal asistencial registrar la información del proceso de Diálisis Peritoneal en pacientes hospitalizados. Para realizar el proceso, el formulario solicita la siguiente información:

- Técnica
- Fecha y hora de inicio y fin
- Líquido dializante
- Evaluación orificio de salida
- Observaciones
- Complicaciones

Del mismo modo que en formularios anteriores, se dispone de una pestaña llamada Historial que permite consultar los registros previamente realizados.

PRESTACIÓN - CONTROL DE DIÁLISIS PERITONEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

PRESCRIPCIÓN DE DIÁLISIS | HISTORIAL

TECNICA --SELECCIONAR--

FECHA [dd/mm/aaaa] INICIO --:--:00--:00-- TERMINA --:--:00--:00--

1.5 ULTRAFILTRACIÓN PARCIAL 2.5 LIQUIDO DIALIZANTE 4.25

EVALUACION ORIFICIO DE SALIDA

 Perfecto B Bueno TA Infeccion Aguda IC Infeccion Cronica

OBSERVACIONES

COMPLICACIONES

<input type="checkbox"/> FUGA	<input type="checkbox"/> RUPTURA DE LINEA	<input type="checkbox"/> RUPTURA DE CATETER
<input type="checkbox"/> INFECCION DEL TUNEL	<input type="checkbox"/> INFECCION ORIFICIO DE SALIDA	<input type="checkbox"/> EDEMAS
<input type="checkbox"/> DISFUNCION DEL CATETER	<input type="checkbox"/> PERITONITIS	<input type="checkbox"/> HERNIAS
<input type="checkbox"/> MUERTE	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION	Observacion

GUARDAR

11. CIRUGÍA PROCEDIMIENTOS

11.1. HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

Permite registrar al profesional los Hallazgos encontrados en el procedimiento quirúrgico y da clic en Insertar. Figura 114

PRESTACIÓN - HALLAZGOS DE LA CIRUGÍA

HALLAZGOS

Descripción de los hallazgos quirúrgicos encontrados en la cirugía

Insertar

NO HAY RESUMEN PARA ESTE PACIENTE

Figura 114 - Hallazgos de la cirugía

La información es almacenada con fecha, hora, usuario y Profesional que hace el registro
Figura 115

PRESTACIÓN - HALLAZGOS DE LA CIRUGÍA

Datos Guardados Satisfactoriamente.

HALLAZGOS

Insertar

FECHA	HALLAZGOS DE LA CIRUGÍA
2024-01-14 11:34	medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA Descripción de los hallazgos quirúrgicos encontrados en la cirugía

Figura 115 - Hallazgo encontrado en la cirugía

11.1. DESCRIPCIÓN OPERACIÓN

Permite registrar al profesional la descripción de la intervención quirúrgica realizada y da clic en Insertar Figura 116

PRESTACIÓN - DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA

DESCRIPCIONES

DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA

Insertar

NO HAY RESUMEN PARA ESTE PACIENTE

Figura 116 - Descripción de la cirugía

La información es almacenada con fecha, hora, usuario y Profesional que hace el registro
Figura 117.

PRESTACIÓN - DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA

Datos Guardados Satisfactoriamente.

DESCRIPCIONES

Insertar

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA
2024-01-14 11:41	medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA DESCRIPCIÓN DE LA CIRUGÍA

Figura 117 Registro descripción de la cirugía

12. CONSETIMIENTOS INFORMADOS

12.1. 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 118

PRESTACIÓN - CONSETIMIENTOS INFORMADOS ***		
SOLICITUD CONSETIMIENTOS	HISTORIAL	
DESCRIPCION		SOL
Consentimiento General		12
CONSETIMIENTO IX		12
KONSENTI		12
IN_LE		12
ELCONS_QX		12
CONSOL_QX		12
CONSOO01_PRUEBAS		12
CONSETIMIENTO 3		12
Consentimiento Informado Riesgo de Alarma		12
Documento de Voluntades Anticipada		12
consentimiento_sep_hospitalizacion_1		12
Consentimiento Anest.Égico		12
CONSET_FIRMAR		12
Consentimiento de prueba		12
Consentimiento Hospitalizacion		12

Figura 118 - Consentimientos informados

Al dar clic en el icono de solicitud realizamos la misma y posteriormente al botón continuar

Figura 119 - Consentimiento informado

Se selecciona el responsable y se da clic en aceptar para la firma del responsable

Figura 120 - Consentimiento responsable

Se establece la conexión con el dispositivo y se procede a firmar el consentimiento

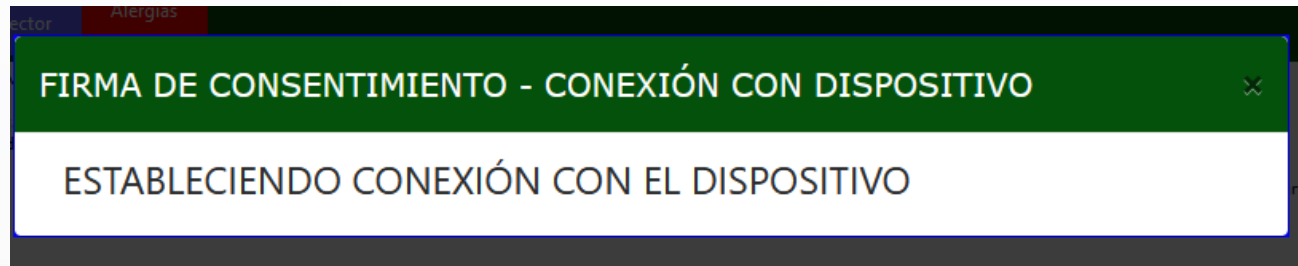


Figura 121 - Conexión dispositivo

13. ANESTESIOLOGÍA

Permite registrar la valoración preanestésica del paciente, para lo cual permite visualizar y registrar la información de:

- Signos Vitales y Diagnostico de ingreso

PRESTACIÓN - EVALUACIÓN PREANESTÉSICA																
FEDIA	HRDA	F.C.F	F.C.	F.S.	PVC	PIC	PIA	PESO (Kg)	TALLA (CM)	SIGNOS VITALES	MEMB.	SITIO TOMA DE E.A.	TEMP.	T. INCIUB	EVA	SAT O ₂
NOVI	12:31:00		93	18				50.00	150	114 / 61	95	Miembro Superior Derecho (MSD)	36.00		8	97.00
OBSERVACION Observación																
PRIMARIO		TIPO DX		CÓDIGO		DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS				DIAGNOSTICO						
<input type="checkbox"/> IMPRESION DIAGNOSTICA		<input type="checkbox"/> CONFIRMADO NUEVO		<input type="checkbox"/> CONFIRMADO REPETIDO		ABSCESO AMERIANO DEL PULMON										
CÓDIGO:		DIAGNOSTICO:		BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS				BUSQUEDA								

Figura 122 - Signos Vitales y Diagnostico de ingreso

- Agregar Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos

TIPO	CARGO	PROCEDIMIENTOS DE	DESCRIPCION	OPCION
PROCEDIMIENTOS NO QUIR				
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION	
TRASLADO ASISTENCIAL	0601701	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PULMARIO	Guardar	
TRASLADO ASISTENCIAL	0601701	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PULMARIO	Guardar	
TRASLADO ASISTENCIAL	0601701	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE PULMARIO	Guardar	
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS				
BUSQUEDA AVANZADA				
TIPO	DESCRIPCION:			BUSCAR
CARGO:				

Figura 123 - Agregar Procedimientos Quirúrgicos y No Quirúrgicos

- Cardio Vascular

EVALUACION PREANESTÉSICA		HISTORIAL		CARGO VASCULAR			
<input checked="" type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	Arritmia
<input type="checkbox"/>	ESC	<input type="checkbox"/>	IM	<input type="checkbox"/>	Valvulopatía	<input type="checkbox"/>	Stroke
<input type="checkbox"/>	Clasificación	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia venosa	<input type="checkbox"/>	Tromboflebitis	<input type="checkbox"/>	Accesos venosos
<input type="checkbox"/>	Cable NYHA	<input type="checkbox"/>	OTRO				
OBSERVACION							
Observación							

Figura 124 - Cardio Vascular

- 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"/> CIGARELLO TBC	<input type="checkbox"/> OBSTRUCCION VIA AEREA	<input type="checkbox"/> ESMUTO
<input type="checkbox"/> CEFOSCOLORIOS	<input type="checkbox"/> OTRO		
OBSERVACION			
Observación			

Figura 125 - Respiratoria

- Metabólico

METABOLICO			
<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			
Observación			

Figura 126 – Metabólico

- Gastrointestinal

GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> DENTADURA	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA SANGRADO	<input type="checkbox"/> ESTOMAGO LLENO	<input type="checkbox"/> HERNIA HIATAL
<input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUCCION	<input type="checkbox"/> OTRO		
OBSERVACION			
Observación			

Figura 127 - 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			

Figura 128 - Renal

- Neurológico

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

Figura 129 - Neurológico

- Musculo Esquelético

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

Figura 130 - Musculo Esquelético

- 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			

Figura 131 - Hematológico

- Hepático

<input checked="" type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Esclerosis vías biliares	<input type="checkbox"/> HEPATICO	<input type="checkbox"/> OTRO
Observación				

Figura 132 - Hepático

- Otros

<input checked="" 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 type="checkbox"/> OTRO
ALERGIAS						
ANESTESIAS PREVIAS						
PREDICCIÓN INTUBACIÓN						
DROGAS						
RESULTADOS EXAMENES PREVIOS						

Figura 133 - Otros

- Gineco – Obstétricos

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

Figura 134 - Gineco – Obstétricos

- 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:	Buscar

Figura 135 - Exámenes de Laboratorio

Selecciona el apoyo diagnóstico y clic en ADD.

TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
BANCO DE SANGRE	@911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA	<input checked="" type="radio"/> ADD
BANCO DE SANGRE	@911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION EN TUBO	<input type="radio"/> ADD
BANCO DE SANGRE	@911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION CI RAI PAI EAI POR MICROTECNICA	<input type="radio"/> ADD
BANCO DE SANGRE	@911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION CI RAI PAI EAI EN TUBO	<input type="radio"/> ADD
BANCO DE SANGRE	@911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA	<input type="radio"/> ADD
BANCO DE SANGRE	@911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION EN TUBO	<input type="radio"/> ADD

Figura 136 - apoyo diagnóstico

El apoyo Diagnostico es almacenado.

EXAMENES DE LABORATORIO			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	OPCION
BANCO DE SANGRE	@911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA	ELIMINAR
ADICION DE APOYOS DIAGNOSTICOS - BUSQUEDA AVANZADA			
TIPO: TODOS	CARGO:	DESCRIPCION:	Buscar

Figura 137 - apoyo diagnóstico almacenado

Para Eliminar clic en **Eliminar**

- Índice de Trauma

INDICE DE TRAUMA
EL PACIENTE AUN NO PRESENTA INDICES DE TRAUMA

Figura 138 - Índice de Trauma

- Plan Anestésico

PLAN ANESTESICO	LOCAL	RAQUIDEA	GENERAL	ASA	SEDACION	BLOQUEO	Anestesia de prueba
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	RESERVA DE SANGRE		
Reserva							
PREMEDICACION							
Premedicación							
<input type="checkbox"/> SE AUTORIZA EL PROCEDIMIENTO							
GUARDAR							

Figura 139 - Plan Anestésico

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 140

<input type="checkbox"/> SE AUTORIZA EL PROCEDIMIENTO
GUARDAR

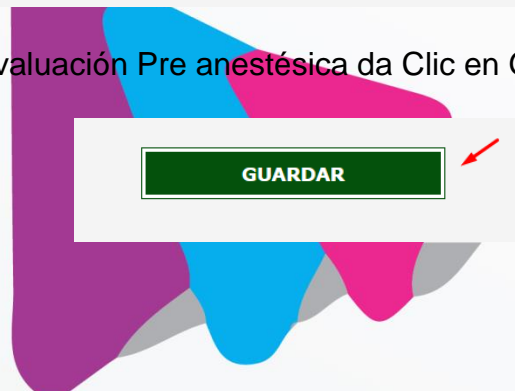
Para imprimir da clic en Imprimir Consentimiento Informado.

PRESTACIÓN - 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	Nombre Paciente	
IDENTIFICACION	Tipo de Documento: CC	No. de Documento:
	72290688	Expedida en : CALI
PARENTESCO	<input type="radio"/> PADRE	CUAL
	<input type="radio"/> HERMANO(A)	
	<input type="radio"/> ESPOSO(A)	
	<input checked="" type="radio"/> HIJO(A)	
	<input type="radio"/> OTRO	
BAJO ANESTESIA	<input type="radio"/> GENERAL	<input type="radio"/> GENERAL ENDOVENOSA
	<input type="radio"/> INHALATORIA	<input type="radio"/> GENERAL COMBINADA
	<input type="radio"/> PEDIRUDAL	<input type="radio"/> BLOQUEOS PERIFERICOS
	<input type="radio"/> SEDACION	
	<input checked="" type="radio"/> RAQUIDEA	
	<input type="button" value="GUARDAR"/>	
	<input type="button" value="IMPRIMIR CONSENTIMIENTO ANESTESICO"/>	

Para Almacenar la Evaluación Pre anestésica da Clic en Guardar.



14. ECOCARDIOGRAMAS

14.1. TRANSESOFÁGICO

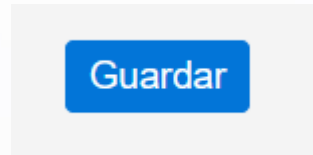
PRESTACIÓN - ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO HISTORIAL </div>	
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	
Estudio realizado por:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Indicacion	Evaluación de función ventricular
Equipo	GE VIVID-I
Premedicacion	Previa explicación del procedimiento, su indicación, riesgos y alternativas se firma consentimiento informado y se aplica lidocaina spray bucal, lidocaina jalea y midazolam XX mg IV. Procedimiento realizado sin complicaciones
Ritmo	Sinusual
Venas Cavas	Drenando a la aurícula derecha, vena cava inferior normal con colapso inspiratorio mayor del 50%
Aurícula Derecha	Normal, aurículilla normal sin trombos - Leve crecimiento sin trombos, aurículilla sin trombos
Válvula Tricúspide	Con trazas de Insuficiencia que no permite cálculo de PSAP - Con Insuficiencia leve que permite cálculo de presión sistólica de arteria pulmonar alrededor de 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 Interauricular	Integro, 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	Integro

Venas pulmonares	4 venas en posición usual drenando a la aurícula izquierda
Aurícula Izquierda	Normal sin trombos, auriculilla normal con velocidad de barrido normal (XXcm/s) - Leve crecimiento sin trombos, auriculilla 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
Ventrículo 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 (la 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	Trivalva, 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 sinusal, sin extrasístoles o arritmias.
Conclusiones	1 VENTRÍCULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, GROSOR DE SUS PAREDES NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA, DIASTOLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS 1 CARDIOPATIA HIPERTENSIVA CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS, DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. 1 REMODELACIÓN CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO QUE NO ESTÁ DILATADO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS CON DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I.
Recomendaciones	Los resultados de éste 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.

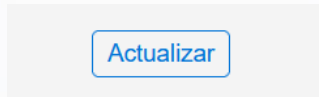
PESO	TALLA	FRECUENCIA	TENSION ARTERIAL
70.00 Kg.	170 Cm.	35 X min.	110 / 70 SITIO: Miembro Superior Derecho(NIN)
MEDIDAS GENERALES			
Modo M - 2D			
Raíz Aórtica (mm)	1	Volúmenes - Doppler	Doppler - Tisular - Strain
Aur. Iz Ant-Post (mm)	1	AI Simpson (mL/m ²)	Válvula Mitrál
Pared Anteroseptal (mm)		AD Simpson (mL/m ²)	Onda E (cm/seg)
Diam. Diastólico (mm)		Válvula Aórtica	Onda A (cm/seg)
Diam. Sistólico (mm)		Diámetro TSVT (mm)	Onda s (cm/s)
Pared Inferolateral (mm)		VTI Tracto salida (cm)	Onda e (cm/s)
Espesor Relativo Pared		Diam Anillo Aórt (mm)	Vel. Reg. Tricus (m/s)
Indice de masa (g/m ²)		V max Aórtica (m/seg)	Ventrículo Derecho
VFD Simpson Mod (mL)	1	VTI Aórtico (cm)	Pared Anterolat (mm)
VFS Simpson Mod (mL)		Válvula Pulmonar	TAPSE (mm)
MAPSE (mm)		Diam. TSVT (mm)	Diam Basal (mm)
Acort. Fraccional (%)		V. Max Pulm (m/seg)	Diámetro medio (mm)
Fracción Eyección VT (%)		VTI Pulmonar (cm)	Área Camb Fracc (%)
		T. Acelerac. (mseg)	Vena cava Inf (mm)
			Def. Long. Global (%)

Figura 140 – Ecocardiogramas transesofágico

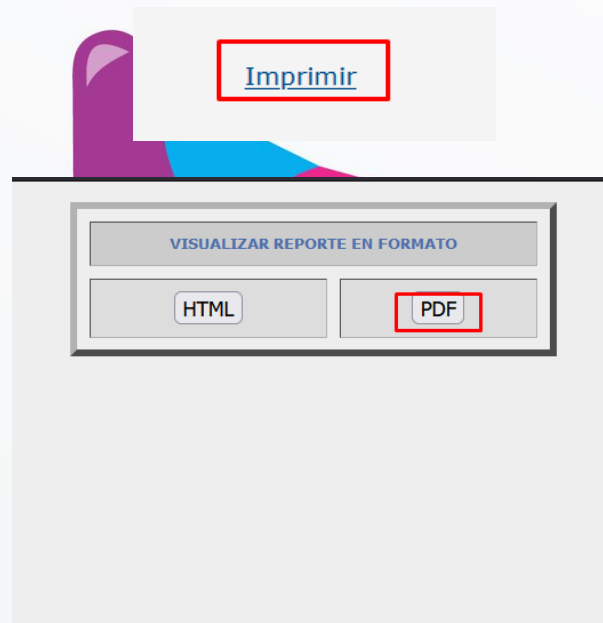
Registrar los resultados y dar clic en Guardar.



Para editar los datos clic en el botón actualizar



Clic en el botón imprimir, se genera la impresión



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

NOMBRE	Paciente Nombre			CC:	1112481641	FECHA	2024-01-14		
ENTIDAD	PARTICULARES			TELEFONO	32598562-3219856232	EDAD	76 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO ESPECIALISTA	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	170	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Miembro Superior Derecho(NINV)				
UNIDAD	HOSPITALIZACION 6 PISO ALA NORTE				PORTATIL	HORA: 14:36:58			

Equipo : GE VIVID-I

Estudio realizado por : MEDICO ESPECIALISTA

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

Ritmo : Sinusual

Medidas Generales

Modo M - 2D		Volúmenes - Doppler		Doppler - Tisular - Strain		Doppler - Tisular	
Raiz Aortica (mm)	1	AI Simpson (mL/m ²)	1	Válvula Mitral		Válvula tricuspide	
Aur. Iz Ant-Post (mm)	1	AD Simpson (mL/m ²)	1	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)		Ventriculo Derecho	
Índice 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. TSVD (mm)		Onda e(prom) cm/s		Diam Basal (mm)	
MAPSE (mm)		V. Max Pulm (m/seg)		Onda a(prom) cm/s		Diámetro medio (mm)	
Acort. Fraccional (%)		VTI Pulmonar (cm)		Relación E/e		Área Camb Fracc (%)	
Fracción Eyección VI (%)		T. Acelerac. (mseg)		Def. Long. Global (%)		Vena cava Inf (mm)	

Descripción de Hallazgos

Venas Cavas:	Drenando a la aurícula derecha, vena cava inferior normal con colapso inspiratorio mayor del 50%
Aurícula Derecha:	Normal, auriculilla normal sin trombos - Leve crecimiento sin trombos, auriculilla sin trombos
Válvula Tricúspide:	Con trazas de insuficiencia que no permite cálculo de PSAP - Con insuficiencia leve que permite cálculo de presión sistólica de arteria pulmonar alrededor de XXmmHg
Ventrículo 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 Interauricular:	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, auriculilla normal con velocidad de barrido normal (XXcm/s) - Leve crecimiento sin trombos, auriculilla 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

Figura 141 - Impresión ecocardiograma transesofágico

Historial ecocardiograma transesofágico

Dando clic en la pestaña historial observamos los ecocardiogramas realizados Figura 142

PRESTACIÓN - ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO						
ECO CARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO		HISTORIAL				
ECOCARDIOGRAMAS REALIZADOS						
TIPO ECOCARDIOGRAMA	FECHA	PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	NUMERO EVOLUCION	SERVICIO	IMPRIMIR
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO DOPPLER COLOR	2024-01-14 14:36:58	medico.especialista	INTERNISTA INTENSIVISTA	13847820	HOSPITALIZACION - CID	Imprimir

Figura 142 - Historial ecocardiograma transesofágico



14.2. TRANSTORÁCICO

Permite registrar al profesional el resultado del procedimiento efectuado al paciente. Figura 143

PRESTACIÓN - ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO MODO M, BIDIMENCIONAL CON DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO MODO M, BIDIMENCIONAL CON DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR HISTORIAL

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO MODO M, BIDIMENCIONAL CON DOPPLER PULSADO, CONTINUO Y COLOR

Estudio realizado por:	MEDICO ESPECIALISTA - INTERNISTA INTENSIVISTA
Indicacion	Evaluación de función ventricular
Equipo	GE VIVIDI
Premedicacion	Adecuada
Ritmo	Sinusual
Venas Cavas	Drenando a la aurícula derecha, vena cava inferior normal con colapso inspiratorio mayor del 50%
Aurícula Derecha	Normal, auriculilla normal sin trombos - Leve crecimiento sin trombos, auriculilla sin trombos
Válvula Tricúspide	Con trazas de insuficiencia que no permite cálculo de PSAP - Con insuficiencia leve que permite cálculo de presión sistólica de arteria pulmonar alrededor de XXmmHg
Ventrículo 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 Interauricular	Integro, 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	Integro

Venas pulmonares	4 venas en posición usual drenando a la aurícula izquierda
Aurícula Izquierda	Normal sin trombos, auriculilla normal con velocidad de barrido normal (XXcm/s) - Leve crecimiento sin trombos, auriculilla 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
Ventrículo 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 (la 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	Trivalva, 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 sinusal, sin extrasístoles o arritmias.
Conclusiones	1 VENTRÍCULO IZQUIERDO DE FORMA Y TAMAÑO NORMAL, GROSOR DE SUS PAREDES NORMAL, FUNCIÓN SISTÓLICA, DIASTOLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS 1 CARDIOPATIA HIPERTENSIVA CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS, DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I. 1 REMODELACIÓN CONCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO QUE NO ESTÁ DILATADO, FUNCIÓN SISTÓLICA Y VOLUMENES PRESERVADOS CON DISFUNCIÓN DIASTÓLICA TIPO I.
Recomendaciones	Los resultados de éste 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.

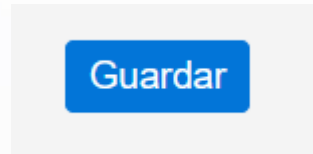
PESO	TALLA	FRECUENCIA	TENSION ARTERIAL
70 Kg.	170 Cm.	35 X min.	110 / 70 SITIO Miembro Superior Derecho(NIV)

MEDIDAS GENERALES			
Modo M - 2D	Volúmenes - Doppler	Doppler - Trisular - Strain	Doppler - Trisular
Raiz Aortica (mm)	AI Simpson (mL/m ²)	Válvula Mitrál	Válvula Tricospide
Aur. Iz Ant-Post (mm)	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. Hempresión (ms)	Vel. Reg. Tricus (m/s)
Espesor Relativo Pared	V max Aórtica (m/seg)	Vel A (mseg)	Ventrículo Derecho
Índice de masa (g/m ²)	VTI Aórtico (cm)	Vel Ar (mseg)	Pared Anterolat (mm)
VFD Simpson Mod (mL)	Válvula Pulmonar	Onda s(prom) cm/s	TAPSE (mm)
VFS Simpson Mod (mL)	Diám. TSVI (mm)	Onda a(prom) cm/s	Diam Basal (mm)
MAPSE (mm)	V. Max Pulm (m/seg)	Onda a(prom) cm/s	Diámetro medio (mm)
Acort. Fraccional (%)	VTI Pulmonar (cm)	Relación E/e	Área Camb Fracc (%)
Fracción Eyección VI (%)	T. Acelerac. (mseg)	Def. Long. Global (%)	Vena cava Inf (mm)

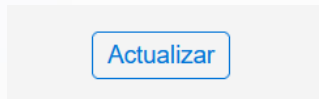
Guardar

Figura 143 - Ecocardiograma Transtorácico

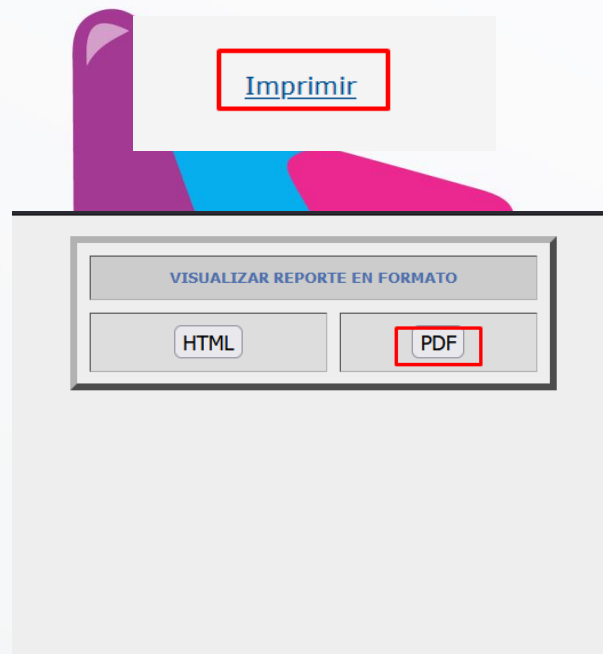
Registrar los resultados y dar clic en Guardar.



Para editar los datos clic en el botón actualizar



Clic en el botón imprimir, se genera la impresión



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

NOMBRE	Paciente Nombre			CC:	1112481641	FECHA	2024-01-14		
ENTIDAD	PARTICULARES			TELEFONO	32598562-3219856232	EDAD	76 AÑOS	SEXO	F
REFIERE	MEDICO ESPECIALISTA	PESO(kg)	70.00	TALLA(cm)	170	FC	35	TA	110/70
INDICACION	Evaluación de función ventricular			SITIO	Miembro Superior Derecho(NINV)				
UNIDAD	HOSPITALIZACION 6 PISO ALA NORTE				PORTATIL		HORA:	15:05:13	

Equipo: GE VIVIDI

Estudio realizado por : MEDICO ESPECIALISTA

Ventana Acustica : Adecuada

Ritmo : Sinusual

Medidas Generales

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

Descripción de Hallazgos

Venas Cava Inferior:	Drenando a la aurícula derecha, normal con colapso inspiratorio mayor del 50%
Aurícula Derecha:	Normal, sin trombos Leve crecimiento sin trombos
Valvula Tricuspide:	Con trazas de insuficiencia que no permite calculo de PSAP Con insuficiencia leve que permite calculo de presión sistólica de arteria pulmonar alrededor de XXmmHg
Ventrículo Derecho:	Normal no dilatado, con función longitudinal preservada, sin trastornos de contractilidad Levemente dilatado, con función longitudinal preservada, sin trastornos de contractilidad.
Valvula Pulmonar:	Anillo de diametro normal (XXmm) Dilatada (diametro XXmm)
Arteria Pulmonar y ramas:	Normales Dilatadas (Derecha XXmm, izquierda XXmm)
Septum Interauricular:	Parece estar integro
Septum Interventricular:	Integro
Venas pulmonares:	4 venas en posición usual drenando a la aurícula izquierda
Aurícula	Normal sin trombos Leve crecimiento sin trombos

Figura 144 Impresión ecocardiograma transtorácico

Dando clic en la pestaña historial observamos los ecocardiogramas realizados Figura 145

PRESTACIÓN - 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	2024-01-14 15:05:13	medico.especialista	INTERNISTA INTENSIVISTA	13847820	HOSPITALIZACION - CID	Imprimir

Figura 145 - Historial ecocardiograma transtorácico

15. SEGURIDAD DEL PACIENTE

15.1. NOTAS DE SEGURIDAD

Al dar clic en Notas de Seguridad permite registrar las notas de seguridad del paciente, realizando la evaluación de los ítems y marcando Si cumple, No cumple o No Aplica(N/A) y dar clic en Guardar. Figura 146

PRESTACIÓN - NOTAS DE SEGURIDAD

INFORMACION GENERAL HISTORIAL

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

GUARDAR

Figura 146 - Notas de Seguridad

PRESTACIÓN - NOTAS DE SEGURIDAD

INFORMACION GENERAL	HISTORIAL	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	OP
5688515		13847820	14/01/2024 09:01:12	MEDICO ESPECIALISTA	

Figura 147 - Historial Notas de Seguridad

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

Figura 148 - Notas de Seguridad Evaluación

15.2. ESCALA DE BRADEN

Al dar clic en Escala de Braden permite registrar la información de la escala de Braden del paciente para evaluar el riesgo a desarrollar Úlcera por Presión.

Se debe evaluar los ítems:

- Exposición a la Humedad.
- Actividad.
- Fricción Y Cizallamiento
- Percepción Sensorial.
- Movilidad
- Nutrición

De acuerdo al ítem que seleccione se genera un Puntaje, el cual es genera un Puntaje Total y en la parte Inferior de la pantalla se encuentra la interpretación. Finalmente da clic en Guardar. Figura 149

PRESTACIÓN - ESCALA DE BRADEN

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

ESCALA DE BRADEN		PUNTAJE
EXPOSICION A LA HUMEDAD	Constantemente humeda	1
ACTIVIDAD	Deambula ocasionalmente	3
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Es un problema	1
PERCEPCION SENSORIAL	Un poco limitada	3
MOVILIDAD	Movilidad sin limitaciones	4
NUTRICION	Nutricion adecuada	3
PUNTAJE TOTAL		15

INTERPRETACION DE PUNTAJES						
PUNTAJE	RIESGO	VALORACION INICIAL	REVALORACION	VERIFICACIÓN DE PIEL	HIGIENE DE PIEL	CAMBIOS POSTURALES
>= 19	BAJO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 120 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.
>= 15 Y <= 18	MODERADO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 72 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.
<= 14	ALTO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 24 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.

GUARDAR

Figura 149 - Escala de Braden

Para Visualizar el histórico de las notas de Seguridad se da clic en Historial. Y luego clic en Ver. Figura 150

PRESTACIÓN - ESCALA DE BRADEN

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	NÚMERO - RIESGO	FECHA	USUARIO	OP
5688515 10/05/2023 05:05:18	13847820	15 - MODERADO	14/01/2024 09:01:12 MEDICO ESPECIALISTA		VER

Figura 150 Histórico escala Braden

Para regresar a la pantalla anterior clic en el Botón Cerrar

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

CERRAR [X]

VARIABLE		PUNTAJE
EXPOSICION A LA HUMEDAD	Constantemente humeda	1
ACTIVIDAD	Deambula ocasionalmente	3
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	Es un problema	1
MOVILIDAD	Movilidad sin limitaciones	4
NUTRICION	Nutricion adecuada	3
PERCEPCION SENSORIAL	Un poco limitada	3
PUNTAJE TOTAL		15

INTERPRETACION DE PUNTAJES						
PUNTAJE	RIESGO	VALORACION INICIAL	REVALORACION	VERIFICACIÓN DE PIEL	HIGIENE DE PIEL	CAMBIOS POSTURALES
>= 19	BAJO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 120 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.
>= 15 Y <= 18	MODERADO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 72 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.
<= 14	ALTO	INGRESO AL SERVICIO	Cada 24 H.	Diario	Diario	Cada 2 H.

15.3. CONTROL RIESGO CAIDA

Al dar clic en Evaluación Riesgo de Caídas permite registrar la información de la evaluación de los riesgos de caídas intrahospitalarias del paciente. De los ítems evaluados en la dimensión el profesional debe registrar Si se presentan o No, al dar clic en Normal o Ninguno los inactiva por rango de Ítem. Se genera un puntaje de los ítems evaluados. El cual si es Menor a 3 puntos es Catalogado como Alto y Mayor de 3 puntos es muy Alto. Figura 151

PRESTACIÓN - EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS				
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL		
DIMENSION	ITEM	NO	SI	
ACOMPANAMIENTO	Cuenta con acompañante permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
CAIDAS PREVIAS	Presencia del antecedente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DEAMBULACION	NORMAL ✓			
	Inseguro con o sin ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Imposible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Problema de equilibrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Utiliza soporte (Baston, caminador u otras ortesis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Segura con ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO ✓			
	Osteoartritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Rigidez/Espasticidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Crisis Convulsiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Visuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Auditivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Dificultad para comunicarse verbalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Extremidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Hemiplejia/Hemiparesia/ Parafleja/ Paraparesia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
DISPOSITIVOS MEDICOS	NINGUNO ✓			
	Equipos de administracion de oxigeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Equipo de administracion de liquidos parenterales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sonda vesical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tutor externo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EDAD	Monitor Holter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Drenes/ VAC/ Tubo de torax	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<7 de años o > 60 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Entre 7 a 59 años	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ESTADO MENTAL	Confuso, somnolento (Rass -1 a -3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Agitacion Psicomotora (Rass +1 a +4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Trastornos psicicos o de conducta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Alerta y Orientado (Rass 0)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
OTROS	Hemoglobina >6 mm/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Aritmias Cardiacas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Ayuno Prolongado (Mayor a 10 hrs)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Hipoglicemia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Desacondicionamiento fisico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Edema en extremidades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Hipotension o episodio de hipotension	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Infarto agudo del miocardio menor a 72 Hrs	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Reposo prolongado (>48 horas)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Vertigo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
POSTOPERATORIO MENOR A 48 HORAS	Postoperatorio menor a 48 horas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
RECONOCIMIENTO DE RIESGO	El paciente reconoce el riesgo a caer	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	El paciente acata recomendaciones de prevencion de caidas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO ✓			
	Hipotensores no diureticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Antiarritmicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Analgesicos Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tranquilizantes, sedantes, Inductores del sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Diureticos, laxantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Hipoglicemiantes (Orales o Inyectables)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
INTERPRETACION				
RIESGO ALTO - MENOR DE 3 PUNTOS		PUNTAJE	2	
RIESGO MUY ALTO - MAYOR DE 3 PUNTOS				

Figura 151 - Escala de riesgo de caídas

En la parte inferior de se encuentran las Medidas Generales Preventivas y finalmente clic en Guardar. Figura 152

#	CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	MEDIDA REQUERIDA	
		NO	SI
1	Realizar baño sentado en silla dentro de la ducha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Realizar la desconexión de equipos para facilitar la movilización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Mantener las barandas de la cama arriba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Preguntar sobre la necesidad de ir al baño en cada contacto con el paciente y ofertar disponibilidad para el acompañamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Mantener el timbre de llamado accesible, explicando al paciente el uso adecuado del dispositivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Informar al paciente y su familiar sobre el nivel de riesgo de caídas y las causas del mismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Educar al paciente sobre la manera adecuada de levantarse, sentarse, acostarse o movilizarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Verificar el freno de la cama, camilla o silla de ruedas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Si el paciente tiene limitaciones visuales, verbales o auditivas utilizar las herramientas disponibles para facilitar la comunicación de riesgos y necesidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Informar al familiar que el paciente requiere acompañante permanente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Mantener iluminación nocturna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Indicar al paciente y familiar que no debe movilizarse sin compañía del personal de enfermería.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Verificar el estado del mobiliario antes de usarlo y notificar novedades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Verificar el estado del suelo, si observa humedad gestione la limpieza en la menor brevedad posible. Mantener la habitación ordenada y sin obstáculos, retirando el mobiliario y objetos que puedan ocasionar caídas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Si el paciente requiere dispositivos de ayuda a la movilización solicitaría equipo de fisioterapia el acompañamiento durante el aprendizaje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Educar al paciente en el uso de los dispositivos de eliminación como pato y orinal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Verificar que el paciente tenga calzado cerrado y antideslizante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

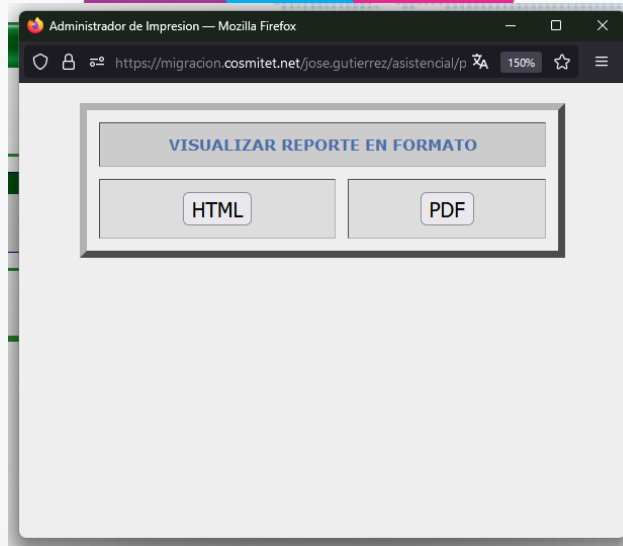
GUARDAR

Figura 152 - Medidas Generales Preventivas

Para Visualizar el histórico del riesgo de caídas intrahospitalarias se da clic en Historial. y luego clic en Reporte Figura 153

PRESTACIÓN - EVALUACION DE RIESGOS DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS					
INFORMACION GENERAL		HISTORIAL			
INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO	INTERPRETACION	OPCION
5688515 2023-05-10	13847820	14/01/2024 15:43:59	MEDICO ESPECIALISTA	RIESGO MUY ALTO - MAYOR DE 3 PUNTOS	<input checked="" type="checkbox"/> Reporte

Figura 153 – Historial riesgo caídas



SERVICIO: HOSPITALARIO FECHA: 14/01/2024 15:43:59
 NOMBRE DEL PACIENTE: Nombre Paciente
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 1112481641
 PUNTAJE DE LA VALORACIÓN DE RIESGO: 2 CLASIFICACIÓN DEL RIESGO: RIESGO ALTO - MENOR DE 3 PUNTOS

- 1 . Pregunte sobre el riesgo de caídas que se ha identificado en usted o su familiar y sus causas.
- 2 . Se recomienda estar el mayor tiempo posible en compañía de su familia o acudientes.
- 3 . No se movilice solo al baño o pasillos. Solicite siempre acompañamiento del personal de enfermería.
- 4 . Solicite información de cómo se debe levantar, caminar y/o acostar mientras se encuentre hospitalizado.
- 5 . Siéntese en la cama unos minutos antes de levantarse, para prevenir que baje la presión y produzca mareos. Tenga en cuenta que el ayuno prolongado, la debilidad muscular y algunos medicamentos también pueden causar caídas.
- 6 . Pregunte por los efectos secundarios de los medicamentos, algunos de ellos pueden causar caídas.
- 7 . Mantenga las barandas arriba.
- 8 . Verifique o pregunte si el freno de la cama esta puesto antes de subirse o bajarse de ella.
- 9 . Utilice la escalerilla para subir o bajar de la cama
- 10 . Mantenga alguna iluminación nocturna, o solicite al personal dejar una luz encendida.
- 11 . Utilice el timbre de llamado cada vez que sea necesario.
- 12 . La cama debe mantenerse a la mínima altitud posible.
- 13 . Observe que los suelos de la habitación o los corredores no estén húmedos. En caso de estar así, evite que el paciente camine por esa área e informe al personal de enfermería para que solicite la limpieza.
- 14 . Ubique los elementos de uso personal en un lugar de fácil acceso.
- 15 . Solicite información sobre el uso adecuado de los patos y orinales en la cama.
- 16 . Garantice la disponibilidad de un calzado antideslizante y seguro para el paciente.
- 17 . Si el paciente necesita dispositivos de ayuda para caminar como: andador, muletas, debe ser acompañado por personal durante el aprendizaje
- 18 . Si el acompañante se debe ausentar de la habitación por favor informe al personal de enfermería que el paciente queda sin acompañante.
- 19 . Transmita esta información a los relevos de acompañante.

COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Yo (nombre) _____, con Documento de identidad número _____, en relación de parentesco de _____ de _____ he recibido y entiendo la información suministrada por el personal asistencial para la prevención de caídas durante la hospitalización del familiar y me comprometo a seguir dichas recomendaciones.

Firma de familiar _____ Firma del paciente (si es posible) _____

Nombre del personal de enfermería que brinda la información: MEDICO ESPECIALISTA

EVALUACION DE REISGO DE CAIDAS INTRAHOSPITALARIAS

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS			
DIMENSIÓN	ITEM	OPCION	PUNTAJE
DEAMBULACIÓN		NORMAL--	
DEFICIT SENSORIALES		NINGUNO--	
DISPOSITIVOS MEDICOS		NINGUNO--	
EDAD	Entre 7 a 59 años	SI	0
OTROS	Hemoglobina >6 mm/dl	SI	1
POSTOPERATORIO MENOR A 48 HORAS	Postoperatorio menor a 48 horas	SI	1
RECONOCIMIENTO DE RIESGO	El paciente reconoce el riesgo a caer	SI	0
	El paciente acata recomendaciones de prevención de caídas	SI	0
USO DE MEDICAMENTOS		NINGUNO--	
INTERPRETACION			
RIESGO ALTO - MENOR DE 3 PUNTOS		PUNTAJE	2
RIESGO MUY ALTO - MAYOR DE 3 PUNTOS			

Figura 154 - Reporte riesgos caída

15.4. EVENTOS ADVERSOS

Al dar clic en Eventos Adversos permite registrar los eventos adversos ocasionados al paciente, para lo cual el profesional debe seleccionar el tipo de Hecho Clínico y realizar al respectiva Descripción y clic en Guardar. Figura 155

PRESTACIÓN - EVENTOS ADVERSOS

HECHO CLINICO | HISTORIAL

TIPO DE HECHO CLINICO

Acciones inseguras Caída con lesion (Evento Adverso) Caída sin lesion (Incidente)
 Error de identificación del paciente Extravasacion Flebitis Infecciosa
 Flebitis Mecánica Flebitis Química Fuga
 Golpes contra equipos Hematomas IAAS
 Lesiones de piel y tejido Problemas relacionados con el uso de medicamentos Procedimiento equivocado
 Reacción adversa al medicamento Retiro de dispositivos médicos U Otro Otro

DESCRIPCIÓN DEL HECHO CLINICO

ACOMPANAMIENTO SI NO

Descripción del hecho clínico:

Hallazgos clínicos en el paciente:

Conducta tomada en el momento (gestión del hecho clínico: describa las acciones que se tomó en el servicio para evitar consecuencias):

Conducta tomada en el momento

GUARDAR

Figura 155 - Eventos Adversos

Para Visualizar el histórico de los eventos adversos se da clic en Historial. y luego clic en la opción Ver Figura 156

PRESTACIÓN - EVENTOS ADVERSOS

HECHO CLINICO | **HISTORIAL**

INGRESO	FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	TIPO DE HECHO CLINICO	OP
5688515					
10/05/2023 05:05:18		13847820	14/01/2024 09:01:12	U Otro : Otro	VER

Figura 156 - Historial Eventos adversos

PRESTACIÓN - EVENTOS ADVERSOS

HECHO CLINICO | HISTORIAL

TIPO DE HECHO CLINICO

Acciones inseguras Caída con lesion (Evento Adverso) Caída sin lesion (Incidente)
 Error de identificación del paciente Extravasacion Flebitis Infecciosa
 Flebitis Mecánica Flebitis Química Fuga
 Golpes contra equipos Hematomas IAAS
 Lesiones de piel y tejido Problemas relacionados con el uso de medicamentos Procedimiento equivocado
 Reacción adversa al medicamento Retiro de dispositivos médicos U Otro Otro

DESCRIPCIÓN DEL HECHO CLINICO

ACOMPANAMIENTO SI NO

Descripción del hecho clínico:

Hallazgos clínicos en el paciente:

Conducta tomada en el momento (gestión del hecho clínico: describa las acciones que se tomó en el servicio para evitar consecuencias):

Conducta tomada en el momento

CERRAR [X]

Figura 157 - Registro Evento adverso

15.5. CATETER VENOSO PERIFÉRICO

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

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

PRESTACIÓN - CONTROL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

*** DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

FECHA DE INSERCIÓN	HORA DE INSERCIÓN	DIAS CATÉTER
<input type="text"/>	HH: <input type="text"/> : ME: <input type="text"/>	0

*** INDICACIÓN**

<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ANALGESIA
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/> HEMODIALISIS
<input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN	<input type="checkbox"/> OTRO, ¿CUÁL?
<input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN	

* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
ARCO VENOSO DORSAL PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASILICA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASILICA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA BRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DORSALES DE LA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MEDIA CUBITAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MEDIANA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
METACARPÍANAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAFENA EXTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SAFENA INTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VENA RADIAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
YUGULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
* CALIBRE DE CATÉTER UTILIZADO	<input type="radio"/> 14G <input type="radio"/> 16G <input type="radio"/> 18G <input type="radio"/> 20G <input type="radio"/> 22G <input type="radio"/> 24G <input type="radio"/> OTRO		
* NÚMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	<input type="text"/>		
* OBSERVACIÓN	<input type="text"/>		

En la opción de **Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico** se registran los Datos de Identificación del Paciente, como son: Fecha y hora de Inserción. Además, está el control de los días del catéter.

* Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico			* Causa De Retiro Del Catéter	* Escala Valoración Flebitis	* Escala De Infiltración
* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE					
FECHA DE INSERCIÓN		HORA DE INSERCIÓN		DÍAS CATÉTER	
<input type="text"/>		<input type="text"/> : <input type="text"/>		0	

Figura 158 - Indicación vía catéter venoso periférico

En la **Indicación** debe registrar el Motivo por el cual se coloca, la vía de Inserción (izquierda o Derecha), el calibre de catéter utilizado, El número de punciones realizadas y la observación. Dar clic en **Guardar**.

* INDICACIÓN		
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS <input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO, ¿CUÁL? <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN		
* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
ARCO VENOSO DORSAL PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASILICA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BASILICA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA BRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DORSALES DE LA MANO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
MEDIA CUBITAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MEDIANA ANTEBRAZO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
METACARPÍANAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SAFENA EXTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SAFENA INTERNA PIE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
VENA RADIAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
YUGULAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
* CALIBRE DE CATÉTER UTILIZADO	<input checked="" type="radio"/> 14G <input type="radio"/> 16G <input type="radio"/> 18G <input type="radio"/> 20G <input type="radio"/> 22G <input type="radio"/> 24G <input type="radio"/> OTRO		
* NÚMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	<input type="text" value="* Número de punciones realizadas"/>		
* OBSERVACIÓN	<input type="text" value="Observaciones"/>		

Figura 159 - Indicación

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

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO PUNCIÓNES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
<input type="radio"/>		16-01-2024 04:10:59 13847846	2024-01-13 07:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	2	MEDICO ESPECIALISTA	Observaciones	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En la opción de **Causa del Retiro del Catéter** se registra la Fecha de Retiro del Catéter de acuerdo al Protocolo, la Fecha Real del Retiro de Catéter y la Causa del Retiro y clic en **Guardar**. Figura 160

* Indicación / Via Catéter Venoso Periférico * **Causa De Retiro Del Catéter** * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

RETIRO CATÉTER

FECHA DE RETIRO DEL CATÉTER DE ACUERDO A PROTOCOLO	2024-01-16	FECHA REAL DE RETIRO CATÉTER	2024-01-15
*CAUSA DE RETIRO DEL CATÉTER			
<input type="checkbox"/> BACTEREMIA <input type="checkbox"/> COLOCACIÓN DE CVC/PIC <input type="checkbox"/> CUMPLE TIEMPO DE RETIRO <input type="checkbox"/> EGRESO <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> FILTRACIÓN <input type="checkbox"/> FLEBITIS <input type="checkbox"/> MAL FUNCIONAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVO			
<input type="button" value="Guardar"/>			

Figura 160 - Causa del Retiro del Catéter

Nota: Cuando se vaya a guardar la causa de retiro se debe seleccionar la vía. Dando clic en **OP**.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO PUNCIÓNES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
⊙	🔒	16-01-2024 04:10:59 13847846	2024-01-13 07:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	2	MEDICO ESPECIALISTA	Observaciones	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

* Indicación / Via Catéter Venoso Periférico * **Causa De Retiro Del Catéter** * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

RETIRO CATÉTER

FECHA DE RETIRO DEL CATÉTER DE ACUERDO A PROTOCOLO		FECHA REAL DE RETIRO CATÉTER	
*CAUSA DE RETIRO DEL CATÉTER			
<input type="checkbox"/> BACTEREMIA <input type="checkbox"/> COLOCACIÓN DE CVC/PIC <input type="checkbox"/> CUMPLE TIEMPO DE RETIRO <input type="checkbox"/> EGRESO <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> FILTRACIÓN <input type="checkbox"/> FLEBITIS <input type="checkbox"/> MAL FUNCIONAMIENTO <input type="checkbox"/> OBSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVO			
<input type="button" value="Guardar"/>			

ELIMINAR	EVOLUCIÓN	FECHA RETIRO PROTOCOLO	FECHA REAL DE RETIRO	CAUSA RETIRO	USUARIO
🔒	13847846	16-01-2024 04:19:06	2024-01-15	OBSTRUCCIÓN	MEDICO ESPECIALISTA

En la opción de Escala Valoración Flebitis permite registra las posibles causas que pueda causar la inflamación de las venas por la colocación del catéter. Selecciona el ítem que corresponda a la escala de valoración Flebitis y da clic en Guardar. Figura 161

Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

0	SIN SIGNOS CLÍNICOS.	<input type="radio"/>
1	DOLOR EN EL SITIO DE VENOPUNCIÓN.	<input checked="" type="radio"/>
2	DOLOR MÁS ERITEMA LIGERO.	<input type="radio"/>
3	DOLOR, ERITEMA Y EDEMA.	<input type="radio"/>
4	DOLOR, ERITEMA, INDURACIÓN > 3 CM.	<input type="radio"/>
5	CRITERIO 4 + CORDÓN VENOSO PALPABLE.	<input type="radio"/>
6	SALIDA DE MATERIAL PURULENTO + FIEBRE.	<input type="radio"/>

Figura 161 - Escala Valoración Flebitis

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

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO PUNCIÓNES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
<input checked="" type="radio"/>		16-01-2024 04:23:51 13847846	2024-01-15 07:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	2	MEDICO ESPECIALISTA	fdsf	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

Indicación / Vía Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

0	SIN SIGNOS CLÍNICOS.	<input type="radio"/>
1	DOLOR EN EL SITIO DE VENOPUNCIÓN.	<input checked="" type="radio"/>
2	DOLOR MÁS ERITEMA LIGERO.	<input type="radio"/>
3	DOLOR, ERITEMA Y EDEMA.	<input type="radio"/>
4	DOLOR, ERITEMA, INDURACIÓN > 3 CM.	<input type="radio"/>
5	CRITERIO 4 + CORDÓN VENOSO PALPABLE.	<input type="radio"/>
6	SALIDA DE MATERIAL PURULENTO + FIEBRE.	<input type="radio"/>

ELIMINAR	EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	ESCALA FLEBITIS	USUARIO
	13847846	16-01-2024 04:24:39	DOLOR EN EL SITIO DE VENOPUNCIÓN.	MEDICO ESPECIALISTA
TOTAL				

En la opción de **Escala de Infiltración** permite registra las variables de infiltración venosa causadas en las venas por la colocación del catéter. Selecciona la variable que aplique y da clic en **Guardar**. Figura 162

* Indicación / Via Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

0	NO HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS	<input checked="" type="radio"/>
1	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA <2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
2	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA DE APROX 2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
3	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA < DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO, PIEL FRÍA AL TACTO.	<input type="radio"/>
4	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA > DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO A SEVERO, PIEL FRÍA.	<input type="radio"/>

Figura 162 - Escala de Infiltración

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

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	CALIBRE UTILIZADO	VIA - LATERALIDAD	NO PUNCIÓNES REALIZADAS	USUARIO	OBSERVACIÓN	INDICACIÓN
<input checked="" type="radio"/>		16-01-2024 04:23:51 13847846	2024-01-15 07:00:00		14G	FEMORAL-IZQUIERDO	2	MEDICO ESPECIALISTA	fdf	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La información es almacenada.

* Indicación / Via Catéter Venoso Periférico * Causa De Retiro Del Catéter * Escala Valoración Flebitis * Escala De Infiltración

0	NO HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS	<input checked="" type="radio"/>
1	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA <2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
2	PALIDEZ DE LA ZONA, EDEMA DE APROX 2,5 CM, PIEL FRÍA AL TACTO, PRESENCIA O NO DE DOLOR.	<input type="radio"/>
3	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA < DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO, PIEL FRÍA AL TACTO.	<input type="radio"/>
4	PALIDEZ DE LA ZONA, TRANSLUCIDEZ, EDEMA > DE 15 CM, DOLOR DE MODERADO A SEVERO, PIEL FRÍA.	<input type="radio"/>

ELIMINAR	EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	ESCALA FLEBITIS	USUARIO
	13847846	16-01-2024 04:23:51	NO HAY SÍNTOMAS CLÍNICOS	MEDICO ESPECIALISTA
TOTAL				

15.6. CATÉTER VENOSO CENTRAL

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

- La Inserción del catéter.
- Seguimiento Diario del Paciente.
- Historial Seguimiento Diario.
- Cuidados del Catéter.
- Historial Cuidados del Catéter.
- Retiro del Catéter.

PRESTACIÓN - CONTROL CATÉTER VENOSO CENTRAL		
<p>* INSERCIÓN DEL CATÉTER * SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE * HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO * CUIDADOS DEL CATÉTER * HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER * RETIRO DEL CATÉTER</p>		
* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
FECHA DE INSERCIÓN	HORA DE INSERCIÓN	DIAS CATÉTER
FECHA DE INSERCIÓN	HH: ME	0
* INDICACIÓN		
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> ANALGESIA <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> DIFÍCIL ACCESO VENOSO <input type="checkbox"/> HEMODIALISIS <input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN <input type="checkbox"/> NUTRICIÓN PARENTERAL <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN		
* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
BASÍLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO ANTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO POSTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PREGUNTAS	SI	NO
ANESTESIA LOCAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEPTICIA Y ANTISEPSIA DE PIEL	--	
ULTRASONIDO COMO GUÍA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TÉCNICA DE SELGINGER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCISIÓN DE PIEL EN SITIO DE PUNCIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NUMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	NUMERO DE PUNCIÓNES REALIZADAS	
NUMERO DE LUCES DEL CATÉTER	NUMERO DE LUCES DEL CATÉTER	
UBICACIÓN CONFIRMADA POR IMAGEN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FIJACIÓN DE PIEL CON SUTURA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CURACIÓN CON ANTISÉPTICO (POSTERIOR A INSERCIÓN)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COBERTURA	--	
PRESENTA COMPLICACIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES	
POSTERIOR A LA COLOCACIÓN		
PREGUNTAS	SI	NO
RÓTULA CATÉTER CON FECHA Y HORA DE COLOCACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SE REALIZA RX PARA CONFIRMAR UBICACIÓN Y COMPLICACIONES INMEDIATAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Guardar

Figura 163 - Catéter Venoso Central

En la opción de **Inserción de Catéter** se registran los Datos de identificación del Paciente como son: Fecha y hora de Inserción. Además, está el control de los días del catéter.

* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
FECHA DE INSERCIÓN	HORA DE INSERCIÓN	DIAS CATÉTER
2024-01-15	00 : 00	1

Figura 164 -Inserción de catéter

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

* INDICACIÓN		
<input checked="" type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ANALGESIA	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	<input type="checkbox"/> DIFÍCIL ACCESO VENOSO	
<input type="checkbox"/> HEMODIALISIS	<input type="checkbox"/> HIDRATACIÓN	
<input type="checkbox"/> NUTRICIÓN PARENTERAL	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN	

* VÍA DE INSERCIÓN	IZQUIERDO	DERECHO
BASÍLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CEFÁLICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FEMORAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUBCLAVIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO ANTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
YUGULAR(ACCESO POSTERIOR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 165 - Indicación y vía

Contestar las preguntas

PREGUNTAS	SI	NO
ANESTESIA LOCAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASEPTICIA Y ANTISEPSIA DE PIEL	ALCOHOL **	
ULTRASONIDO COMO GUÍA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
TÉCNICA DE SELGINGER	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
INCISIÓN DE PIEL EN SITIO DE PUNCIÓN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
NUMERO DE PUNCIONES REALIZADAS	2	
NUMERO DE LUCES DEL CATÉTER	2	
UBICACIÓN CONFIRMADA POR IMAGEN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
FIJACIÓN DE PIEL CON SUTURA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CURACIÓN CON ANTISÉPTICO (POSTERIOR A INSERCIÓN)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
COBERTURA	APOSITO TRANSPARENTE	
PRESENTA COMPLICACIONES	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
OBSERVACIONES	observaciones	

Figura 166 - Preguntas

Y registrar la información posterior a la colocación y clic en Guardar

POSTERIOR A LA COLOCACIÓN		
PREGUNTAS	SI	NO
RÓTULA CATÉTER CON FECHA Y HORA DE COLOCACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SE REALIZA RX PARA CONFIRMAR UBICACIÓN Y COMPLICACIONES INMEDIATAS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figura 167 - Posterior a la Colocación

La información es almacenada.

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
<input type="radio"/>		16-01-2024 03:35:55 13847846	2024-01-15 00:00:00		FEMORAL - IZQUIERDO	MEDICO ESPECIALISTA	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS TRANSFUSIÓN

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

* INSERCIÓN DEL CATÉTER			* SEGUIMIENTO DIARIO DEL PACIENTE			* HISTORIAL SEGUIMIENTO DIARIO			* CUIDADOS DEL CATÉTER			* HISTORIAL CUIDADOS DEL CATÉTER			* RETIRO DEL CATÉTER		
PREGUNTAS						SI			NO								
SITIO DE PUNCIÓN CON SIGNOS DE INFECCIÓN						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
FLEBITIS						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
AÓSITO LIMPIO Y ROTULADO						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
PACIENTE CON INFECCIÓN ASOCIADA AL CATÉTER						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
LÚMENES LIMPOS Y SIN RESIDUO DE SANGRE EN EL EMPATE						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
FIJADO A LA PIEL CON PUNTOS CONTINUOS						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
PRESENTA FILTRACIÓN DE LÍQUIDOS						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								
LÚMENES PERMEABLES						<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>								

Figura 168 - Seguimiento Diario al Paciente

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

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCIÓN	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
<input checked="" type="radio"/>		16-01-2024 03:35:55 13847846	2024-01-15 00:00:00		FEMORAL -IZQUIERDO	MEDICO ESPECIALISTA	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS TRANSFUSIÓN

La información es almacenada.

EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	PREGUNTAS	RESPUESTA	USUARIO
13847846	16-01-2024 05:20:36	AÓSITO LIMPIO Y ROTULADO	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	FIJADO A LA PIEL CON PUNTOS CONTINUOS	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	FLEBITIS	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	LÚMENES LIMPOS Y SIN RESIDUO DE SANGRE EN EL EMPATE	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	LÚMENES PERMEABLES	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	PACIENTE CON INFECCIÓN ASOCIADA AL CATÉTER	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	PRESENTA FILTRACIÓN DE LÍQUIDOS	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:20:36	SITIO DE PUNCIÓN CON SIGNOS DE INFECCIÓN	NO	MEDICO ESPECIALISTA

En **Historial de Seguimiento Diario al Paciente** permite visualizar la información del historial de los seguimientos diarios. Figura 169.

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

Actualizar historial

INGRESO - FECHA INGRESO	EVOLUCION	FECHA	USUARIO
5688515 - 2023-05-10 05:45:18	13847846	16-01-2024 05:15:05	MEDICO ESPECIALISTA

Figura 169 - Historial de Seguimiento Diario al Paciente

Al dar clic en la opción VER muestra le historial de seguimiento realizado y clic en el botón cerrar

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

Actualizar historial

RESPONSABLE: MEDICO ESPECIALISTA FECHA: 16-01-2024 05:20:36 EVOLUCION: 13847846	
PREGUNTA	SI
Sitio de punción con signos de infección	X
Flebitis	X
Apósito limpio y rotulado	X
Paciente con infección asociada al catéter	X
Lúmenes limpios y sin residuo de sangre en el empaque	X
Fijado a la piel con puntos continuos	X
Presenta filtración de líquidos	X
Lúmenes Permeables	X

En Cuidados del Catéter permite registrar la información del Recambio, Antiséptico y el reemplazo de Tubuladuras y equipos de infusión y da clic en **Guardar**. Figura 170

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

RECAMBIO DE APOSITOS CON TÉCNICA ASEPTICA	FECHA: 2024-01-16	HORA: 00:00	RESPONSABLE: MEDICO ESPECIALISTA
ANTISEPTICO EMPLEADO	ALCOHOL		
COBERTURA	APOSITO TRANSPARENTE		
REEMPLAZO DE TUBULADURAS Y EQUIPOS DE INFUSIÓN	FECHA: 2024-01-16	HORA: 05:00	RESPONSABLE: MEDICO ESPECIALISTA

Figura 170 - Cuidados del Catéter

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

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATÉTER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATÉTER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	16-01-2024 03:35:55 13847846	2024-01-15 00:00:00		FEMORAL - IZQUIERDO	MEDICO ESPECIALISTA	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS TRANSFUSIÓN

EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	RECAMBIO DE APOSITOS CON TÉCNICA ASEPTICA	REEMPLAZO DE TUBULADURAS Y EQUIPOS DE INFUSIÓN	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA	RESPONSABLE
13847846	16-01-2024 05:28:53	2024-01-16 00:00:00	2024-01-16 05:00:00	ANTISEPTICO EMPLEADO	ALCOHOL	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:28:53	2024-01-16 00:00:00	2024-01-16 05:00:00	COBERTURA	APOSITO TRANSPARENTE	MEDICO ESPECIALISTA

En **Historial Cuidados del Catéter** permite visualizar el histórico de cuidados del catéter. Figura 128

Figura 171 - Historia Cuidados del Catéter

Al dar clic en la opción VER muestra le historial cuidados del catéter realizado y clic en el botón cerrar

En **Retiro del Catéter** permite registrar la información de la Fecha y Hora y las preguntas del motivo de retiro del catéter respondiendo a ellas con **Si** o **No**. Figura 172

FECHA	HORA	FINALIZACIÓN DE LA INDICACIÓN	INFECCIÓN	MALFUNCIONAMIENTO	INADECUADA TÉCNICA ASÉPTICA DE COLOCACIÓN	MUERTE DEL PACIENTE	RETIRO INVOLUNTARIO
2024-01-16	05:00	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>

Figura 172 - Retiro del Catéter

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

OP	ELIMINAR	FECHA Y HORA DE REGISTRO / EVOLUCION	FECHA Y HORA INSERCIÓN DEL CATETER	FECHA Y HORA RETIRO DEL CATETER	VIA - LATERALIDAD	USUARIO	INDICACIÓN
<input checked="" type="radio"/>		16-01-2024 03:35:55 13847846	2024-01-15 00:00:00		FEMORAL - IZQUIERDO	MEDICO ESPECIALISTA	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS TRANSFUSIÓN

La información es almacenada.

EVOLUCIÓN	FECHA REGISTRO	PREGUNTAS	RESPUESTA	USUARIO
13847846	16-01-2024 05:35:48	FINALIZACIÓN DE LA INDICACIÓN	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:35:48	INADECUADA TÉCNICA ASÉPTICA DE COLOCACIÓN	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:35:48	INFECCIÓN	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:35:48	MALFUNCIONAMIENTO	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:35:48	MUERTE DEL PACIENTE	NO	MEDICO ESPECIALISTA
13847846	16-01-2024 05:35:48	RETIRO INVOLUNTARIO	NO	MEDICO ESPECIALISTA

15.7. FORMATO DE REPORTE INTERNO

Submódulo que permite al personal asistencial generar el Reporte Inmediato de Eventos e Incidentes Adversos Asociados al uso de Dispositivos Médicos, está ubicado en el ítem **Seguridad del Paciente** del menú de Historia Clínica de Dusoft y se compone de secciones que a su vez contienen la información que se debe seleccionar/agregar. Una vez se diligencia el reporte, se muestra la opción que permite su impresión.

PRESTACIÓN - FORMATO DE REPORTE INTERNO

A. INFORMACIÓN BÁSICA DEL REPORTE

Tipo de reporte
Servicios
fecha/hora

Evento Adverso
 Incidencia Adversa
 No Calidad
 --SELECCIONAR--
fecha:
hora:

B. INFORMACION DEL PACIENTE

Tipo/No. de identificación
Iniciales
Edad
Sexo

CC. 1112481641

77 años
Femenino

Diagnostico inicial/Procedimiento del paciente

C. INFORMACION DEL DISPOSITIVO MEDICO

Nombre generico del dispositivo medico
Nombre comercial del dispositivo medico
Registro sanitario o permiso de comercializacion
Lote

Referencia
Modelo
Serial
Nombre o razon social del Fabricante/Importador

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

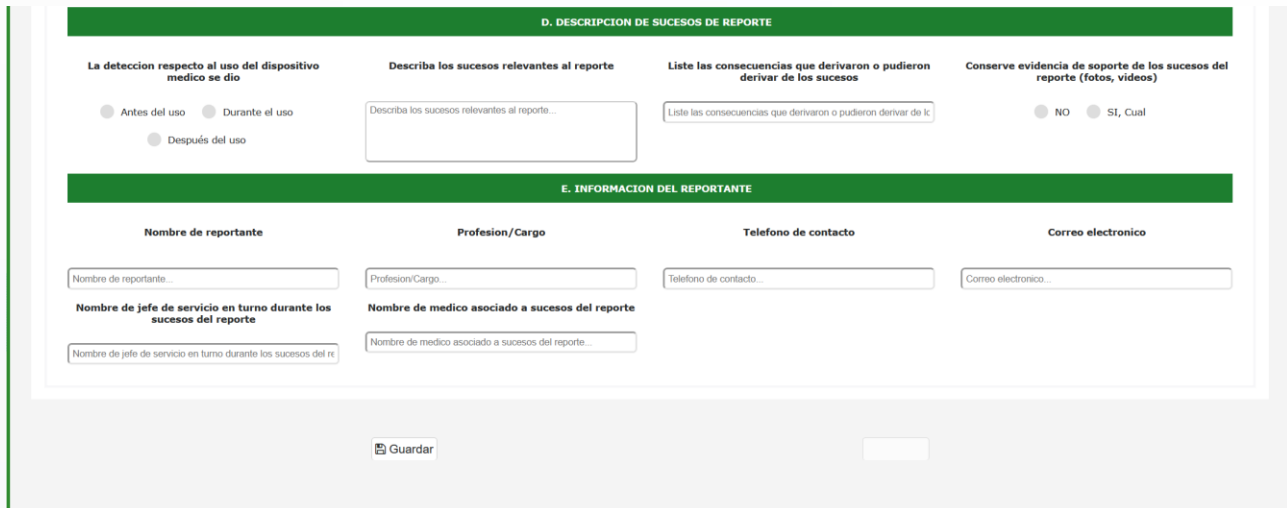


Figura 173 -Formato de reporte interno

15.8. FOREAM

Al dar clic en **Reporte Eventos Adversos Medicamentos** permite registrar la información de algún evento o reacción del paciente relacionados a los Medicamentos teniendo en cuenta:

Origen del Reporte: se debe registrar la información de Fecha, Departamento, Municipio, Institución, Servicio y Código de Habitación.



Figura 174 - Origen del Reporte

Información del Paciente: muestra la información del paciente y se debe colocar etnia, estatura y relacionar un Diagnóstico.

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

- Fecha de Nacimiento: 1947-04-09
- Tipo de Documento: CC
- Numero de Documento: 1112481641
- Sexo: F
- Regimen de Afiliación: PARTICULAR
- EPS: PARTICULARES 2023

Peso (Kg)

Etnia

Estatura (Cm)

Iniciales

DIAGNOSTICOS DE INGRESO REGISTRADOS

DIAGNOSTICOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DX	AGREGAR
A065	ABSCESO AMEBIANO DEL PULMON	CID OCN OCR	<input type="checkbox"/>

[Agregar Diagnostico](#)

BUSQUEDA AVANZADA DE DIAGNOSTICOS

Figura 175 - Información del Paciente



Información del Evento Adverso debe registrar la Fecha, el Evento y su Descripción, la Evolución y Seriedad.



3. INFORMACIÓN DEL EVENTO ADVERSO

Fecha de Inicio del Evento Adverso:

Evento Adverso:


Descripción del Evento Adverso:

EVOLUCIÓN: Recuperado sin Secuelas

SERIEDAD: Produce o Prolonga Hospitalización

Figura 176 - Información del Evento Adverso

Información de los Medicamentos debe registrar los medicamentos del evento adverso del paciente. Figura 133



4. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS
Registre todos los medicamentos utilizados

Medicamento:

MEDICAMENTOS AGREGADOS

NOMBRE MEDICAMENTO	EDITAR	ELIMINAR
--------------------	--------	----------

Figura 177 - Información de los Medicamentos

Manejo del Evento y su Desenlace debe registrar la información si el evento se superó o volvió a aparecer.



Figura 178 - Manejo del Evento y su desenlace.

Análisis del Evento debe registrar la Causalidad y la Justificación. Figura 135



Figura 179 - Análisis del Evento

Información del **Notificante Primario** debe registrar la información del Notificante del evento adverso de Medicamentos y Clic en **Guardar**.

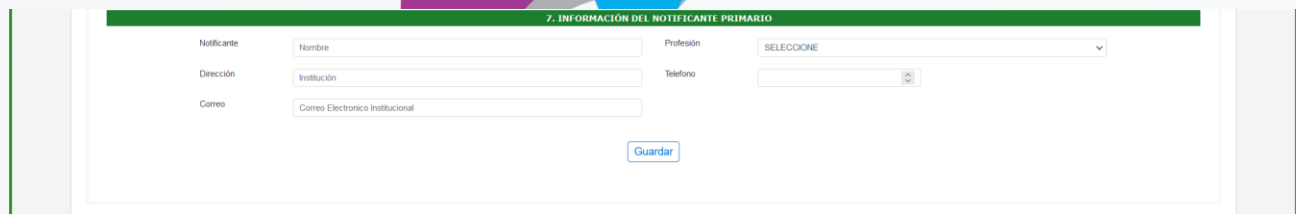
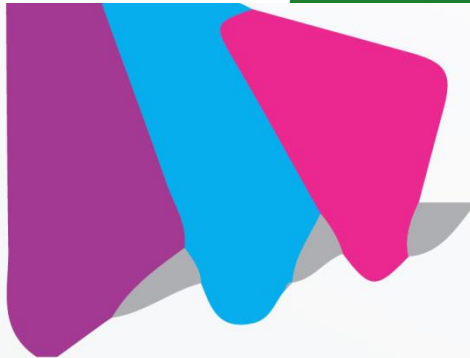


Figura 180 - Información del Notificante

Para ver las instrucciones de como reportar el Evento Adverso en Medicamento da Clic en la pestaña **INSTRUCCIONES**

FORMULARIO
INSTRUCCIONES

1. ORIGEN DEL REPORTE	5. MANEJO DEL EVENTO Y DESELANCE
<p>FECHA DE NOTIFICACIÓN: Indicar la fecha en la que se diligencia el formato Indicar el Departamento y el Distrito o Municipio donde se encuentra la IPS</p> <p>ORIGEN: Indicar el nombre de la institución que genera el reporte (PS, EPS, Profesional Independiente, etc.)</p> <p>INSTITUCIÓN: Indicar el nombre de la institución que genera el reporte (PS, EPS, Profesional Independiente, etc.)</p> <p>SERVICIO: Registrar el servicio asistencial de la IPS donde se presenta el evento Indicar el código de habitación de la IPS</p> <p>CODIGO DE HABITACIÓN: Registrar el servicio asistencial de la IPS donde se presenta el evento Indicar el código de habitación de la IPS</p>	<p>SUSPENSIÓN Y RE-EXPOSICIÓN: Indique con una X la información solicitada, de acuerdo a la casilla correspondiente: SI, No o N/A cuando se desconozca tal información o no se realizó suspensión y/o re-exposición</p> <p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Indicar si el evento requirió de manejo farmacológico y de ser positivo, indicar cuál</p>
2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	6. ANALISIS DEL EVENTO CAUSALIDAD
<p>RÉGIMEN DE AFILIACIÓN: Indique el régimen de afiliación en el que se encuentra el paciente como: Régimen subsidiado, contributivo, medicina prepagada, excepcional (fuerzas militares- policía, magisterio etc.)</p> <p>EPS: Indique del nombre de la Entidad Promotora de Salud</p> <p>ETNIA: Mencione la etnia del paciente: (Blanco, mestizo, afrocolombiano, indígena, nom (gitanos), árabe, otro grupo)</p> <p>INICIALES: Indique las iniciales correspondientes al nombre y apellidos del paciente</p> <p>PESO: Indique el peso del paciente en Kg</p> <p>ESTATURA: Registrar la estatura del paciente</p>	<p>CAUSALIDAD SEGÚN UPPSALA: señale con una X la clasificación del evento, según análisis de causalidad (centro de monitoreo internacional de farmacovigilancia Uppsala) realizado en el comité de farmacia y terapéutica o desarrollado en el programa de farmacovigilancia de la entidad</p> <p>JUSTIFICACION DEL ANALISIS SEGÚN CAUSALIDAD: describa de manera breve la justificación que llevó a la clasificación del evento según causalidad</p>
7. INFORMACIÓN DEL NOTIFICANTE PRIMARIO NOTIFICANTE	RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA NOTIFICACIÓN
<p>NOTIFICANTE: Nombre de la persona que diligencia el formato</p> <p>PROFESIÓN, DIRECCIÓN (de la institución), TELÉFONO y CORREO ELECTRÓNICO (de contacto de la persona): El objetivo de esta información es contar con los datos del notificante para solicitar mayor información, cuando se requiera y/o para el envío de la retroalimentación sobre el reporte, cuando así lo amerite</p> <p>NOTA: En caso de que el paciente o un familiar de éste desee notificar, deberá hacerlo a través de su médico tratante o del programa de Farmacovigilancia de la IPS que lo atiende</p>	



16. TERAPIA OCUPACIONAL

16.1. ESCALA DE BARTHEL

Al dar clic en **Escala De Barthel** permite el registro de la escala realizada al paciente. Dar clic en GUARDAR para almacenar los datos correspondientes.

PRESTACIÓN - ESCALA DE BARTHEL

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

ESCALA DE BARTHEL		PUNTAJE
Comer	Totamente independiente	10
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
Vestirse	Necesita ayuda	5
Arreglarse	Dependiente	0
Deposiciones	Contiene	10
Micción	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cu.	5
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
Escaleras	Independiente para subir y bajar escaleras	10
PUNTAJE TOTAL		85

PUNTAJE	INTERPRETACION DE PUNTAJES
100	Total Independencia (siendo 90 la maxima puntuacion si el paciente usa una silla de ruedas)
75 - 90	Dependencia Leve
35 - 55	Dependencia Moderada
20 - 35	Dependencia Severa
0-20	Dependencia Total

GUARDAR

Figura 181 - Escala de Barthel

En la pestaña historial encontramos los registros realizados al paciente clic en el botón VER

PRESTACIÓN - ESCALA DE BARTHEL

INFORMACION GENERAL | **HISTORIAL**

ACTUALIZAR

INGRESO	FECHA INGRESO	EVOLUCION	PUNTAJE	RIESGO	FECHA REGISTRO	USUARIO	OP
5688515	10/05/2023 05:45:18	13847866	85	Dependencia Leve	16/01/2024 13:54:23	MEDICO ESPECIALISTA	VER

Figura 182 - Escala de Barthel

Se muestra la interpretación el resultado de la escala y la interpretación de los puntajes clic en el botón **CERRAR**.

PRESTACIÓN - ESCALA DE BARTHEL		
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL
ACTUALIZAR		
VARIABLE		PUNTAJE
Arreglarse	Dependiente	0
Comer	Totalmente independiente	10
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
Deposiciones	Continente	10
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
Micción	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
Vestirse	Necesita ayuda	5
PUNTAJE TOTAL		85
PUNTAJE		INTERPRETACION DE PUNTAJES
100	Total independencia (siendo 90 la maxima puntuacion si el paciente usa una silla de ruedas)	
75 - 90	Dependencia Leve	
35 - 55	Dependencia Moderada	
20 - 35	Dependencia Severa	
< 20	Dependencia Total	

Figura 183 - Escala de Barthel puntaje

17. FONOAUDILOGÍA

Al dar clic en Fonoaudiología permite registrar la información de Fonoaudiología del paciente. Para lo cual se debe realizar la evaluación por sistemas.

Alimentación debe dar respuestas a las preguntas marcando **SI** o **NO** y colocar las respectivas observaciones. Figura

PRESTACIÓN - FONOAUDILOGÍA				
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL		
EXPLORACIÓN POR SISTEMAS				
ALIMENTACIÓN				
	SI	NO	OBSERVACIONES	
Alimentación Condicionada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Hace ingesta de:				
Líquida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sólida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Semi-sólida	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Síata	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Horario adecuada de alimentación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Requiere de posturas diferentes cuando se alimenta.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Uso de cubiertos especiales	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Siente náuseo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sensación de abdomen lleno.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Eructos con frecuencia.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Hace alteración de la deglución con:				
Líquidos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Sólida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Semi-sólida	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

Figura 184 - Alimentación

Antecedentes Alimentación debe dar respuestas a las preguntas marcando SI o NO, la frecuencia y si se requiere las observaciones.

ANTECEDENTES ALIMENTACIÓN	
Come	<input type="text"/>
¿Ha perdido la sensibilidad en la boca al percibir el alimento?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Derrama el alimento?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Presenta dificultades para deglutir?	<input checked="" type="checkbox"/> Sólidos <input type="checkbox"/> Semi-sólidos <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Espesos
¿Presenta dificultad para deglutir saliva?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Se demora en deglutir?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Presenta dificultad respiratoria?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Presenta cambios en la voz?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/>
¿Le quedan residuos en boca después de deglutir?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Siente sensación de ahogo?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Tose después de deglutir?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Presenta regurgitación nasal?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Siente fatiga cuando come?	SI: <input type="radio"/> NO: <input checked="" type="radio"/> Frecuencia: <input type="text"/>
¿Con cual presente mayor dificultad al deglutir?	<input type="checkbox"/> Sólidos <input checked="" type="checkbox"/> Semi-sólidos <input type="checkbox"/> Líquidos <input type="checkbox"/> Espesos

Figura 185 - Antecedentes Alimentación

Antecedentes Generales debe registrar los antecedentes marcando SI o NO y Cuales.

ANTECEDENTES GENERALES				CUALES
	SI	NO		
Neurológico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Traquetomía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tiempo: <input type="text"/>	
Videos Fluoroscópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Día: <input type="text"/> Fecha: <input type="text"/>	
Bronco - Pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Sonda Naso-Gástrica <input type="checkbox"/> Sonda Naso-Yeyunal <input type="checkbox"/> Gastrotomía			
Oral	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Neumonía Recurrente	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Fístula Traqueo-Esofágica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	
Intubación prolongada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Tiempo: <input type="text"/>	

Figura 186 - Antecedentes Generales

Aparato Digestivo debe registrar la información de cada ítem y responder a la pregunta relacionada marcando SI o NO y colocar la respectiva observación

APARATO DIGESTIVO				
		SI	NO	OBSERVACIONES
ANOREXIA, HIPOREXIA, HIPEROREXIA	¿Tiene (únicamente más o menos apetito)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
POLIDIPSIA	¿Tiene más sed de lo habitual?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
NAUSEAS	¿Tiene ganas de vomitar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
EMESIS	¿Van precedidos de náuseas (por irritación) u ocurren de repente, sin previo aviso (contratos)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
DISFAGIA	¿Esta dificultad para tragar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
ODINOFAGIA	¿Siente dolor al tragar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
PIROISIS	¿Siente un dolor de tipo quemazón o arder?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
HEMATÉRESIS	¿Ha vomitado sangre?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>
MITOSISMO	¿Presenta flatulencias?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>

Figura 187 - Aparato Digestivo

Deglución se realiza la valoración de la Deglución del paciente teniendo en cuenta la preparatoria oral, oral o faríngea de acuerdo a acuerdo a la presentación del Líquido (LC: Líquido Claro, LE: Líquido Espeso, SB: Solido Blanco y SC: Solido Corriente) y colocar la respectiva observación.

DEGLUCIÓN						
		LC: LIQUIDO CLARO	LE: LIQUIDO ESPESO	SB: SOLIDO BLANCO	SC: SOLIDO CORRIENTE	OBSERVACIONES
PREPARATORIA ORAL	PREPARACION	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ADOSAMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	RODEDEURA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BARRIDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SELLE LABIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	TOMA CONT VASO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORAL	TOMA CONT PITULO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	FORMACION DE BOLO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	MOV LINGUAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	RESIDUOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FARINGEA	MOV MANDIBULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	TOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	AHOGO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PASO DEL BOLO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ASCENSO LARINGEO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	REGURGITACION	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Figura 188- Deglución

Diagnostico Fonoaudiológico permite al Fonoaudiólogo registrar la valoración al paciente

Exobucal al permite registrar la valoración de los órganos fono articuladores del paciente marcando SI o NO y las respectivas observaciones

Función Oro- Motora y Reflejos permite registrar la valoración si el paciente presenta Nausea, la Masticación, la Deglución y Salivación seleccionando los ítems de ausencia, débil/escasa, retraso, aumento o Normal

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLÓGICO						
Diagnostico						
EXOBUCAL						
ORGANOS FONOA ARTICULADORES						
		SI	NO	OBSERVACIONES		
LABIOS NORMALES		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
ADECUADO SELLE LABIAL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
ADECUADA SIMETRÍA FACIAL EN EJE HORIZONTAL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
ADECUADA SIMETRÍA FACIAL EN EJE VERTICAL		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
FUNCION ORO- MOTORA Y REFLEJOS						
	AUSENCIA	DEBIL / ESCAZA	RETRASO	AUMENTO	NORMAL	
NAUSEA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
MASTICACION	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
DEGLUCION	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
SALIVACION	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Figura 189 -

Hábitos permite registrar los hábitos del paciente marcando SI o NO y las respectivas observaciones

HÁBITOS				
	SI	NO	OBSERVACIONES	
Fuma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Bebe	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Uso adecuado de la voz	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ortía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Carta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Esta expuesto al ruido	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Esta expuesto a vapores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Esta expuesto a cambios de temperatura	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Esta expuesto a olores fuertes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Esta expuesto a insecticidas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Esta expuesto al aire acondicionado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Presenta hábitos orales nocivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

Figura 190 - Hábitos

Lenguaje permite registrar los hallazgos del Lenguaje Compresivo y Expresivo del paciente marcando SI o NO y las respectivas observaciones

LENGUAJE				
	SI	NO	OBSERVACIONES	
LENGUAJE COMPRESIVO				
UBICADO EN TIEMPO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
UBICADO EN LUGAR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
UBICADO EN PERSONA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
ORDENES	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
RESPONDE A PREGUNTAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
CONTACTO VISUAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
LENGUAJE EXPRESIVO				
NOMINACION	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
REPETICIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
LENGUAJE AUTOMÁTICO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
ERRORES ARTICULATORIOS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
EXISTEN ALTERACIONES SENSO PERCEPTUALES	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Figura 191 - Lenguaje

Órganos Fono Articuladores permite registrar los hallazgos de los órganos fono articuladores del paciente teniendo en cuenta la Integridad, la Movilidad, el Tono (Normal, Híper, Hipo), la Simetría y la Desviación (Izquierda o Derecha).

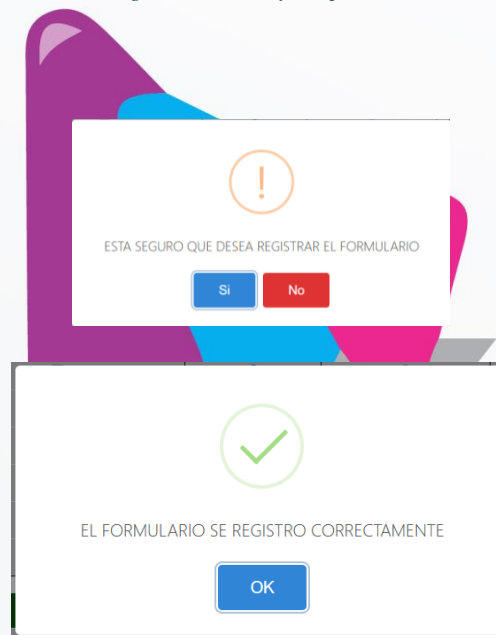
	ÓRGANOS FONO ARTICULADORES								
	INTEGRIDAD	MOVILIDAD	TONO			SIMETRÍA	DESVIACIÓN		
			NOR	HÍPER	HÍPO		IZQUIERDA	DERECHA	
LENGUA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
LABIOS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
MANDIBULA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
PALADAR DURO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
PALADAR BLANDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
UVULA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
MUSCULATURA FACIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
FRENILLO LINGUAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
FRENILLO LABIAL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
ATN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	

Figura 192 - Órganos Fono Articuladores

Plan de Manejo permite registrar el plan de manejo al Profesional del paciente

Voz y Respiración permite registrar los hallazgos de Voz y respiración del paciente del Tipo de respiratorio (costal superior, torácico, diafragmático o abdominal), el Modo Respiratorio (nasal, oral o mixto) y marcar como SI o No las Adecuadas Calidades de la Voz, colocar las observaciones y da clic en **Guardar Formulario**

Figura 193 - Voz y Respiración

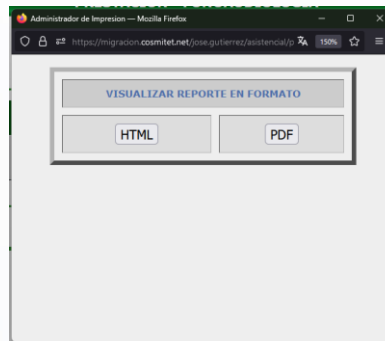


Para ver el Historial se da clic y clic en **Imprimir Reporte**

PRESTACIÓN - FONOAUDIOLOGÍA				
INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL		
No. Formulario	Evolucion	Usuario	Fecha	Reporte
10454	13847820	MEDICO ESPECIALISTA	2024-01-14 04:01	Imprimir Reporte

Figura 194 - Historial de Fonoaudiología

Se selecciona HTML o PDF



Se genera el Reporte de Impresión de Fonoaudiología

NOMBRE:	Nombre Paciente	DOCUMENTO:	CC 1112481641
DIRECCIÓN:	CAJAR CALLE 123 VRD CALI VALLE DEL CAUCA(COLOMBIA)	TELÉFONO:	32598562
FECHA REGISTRO:	14-01-2024 16:23	INGRESO:	5688515

ALIMENTACIÓN			
	SI	NO	OBSERVACIONES
Alimentación Condicionada		X	
Hace ingesta de:			
Líquidos	X		
Sólidos	X		
Semisólidos	X		
Siesta	X		
Horarios adecuados de alimentación	X		
Requiere de posturas diferentes cuando se alimenta.		X	
Uso de cubiertos especiales.		X	
Siente reflujo.	X		
Sensación de abdomen lleno.	X		
Emesis con frecuencia.		X	
Hace alteración de la deglución con:			
Líquidos		X	
Sólidos		X	
Semisólidos		X	

ANTECEDENTES ALIMENTACION	
Come	si
¿Ha perdido la sensibilidad en la boca al percibir el alimento?	SI : ___ NO : X
¿Derrama el alimento?	SI : ___ NO : X Frecuencia : no
¿Presenta dificultades para deglutir?	Sólidos : X Semi-Sólidos : ___ Líquidos : ___ Espesos : ___
¿Presenta dificultad para deglutir saliva?	SI : ___ NO : X
¿Se demora en deglutir?	SI : ___ NO : X
¿Presenta dificultad respiratoria?	SI : ___ NO : X
¿Presenta cambios en la voz?	SI : ___ NO : X
¿Le quedan residuos en boca después de deglutir?	SI : X NO : ___ Frecuencia : ___
¿Siente sensación de ahogo?	SI : ___ NO : X Frecuencia : ___
¿Tose después de deglutir?	SI : ___ NO : X Frecuencia : ___
¿Presenta regurgitación nasal?	SI : ___ NO : X Frecuencia : ___
¿Siente fatiga cuando come?	SI : ___ NO : X Frecuencia : ___
¿Con cual presenta mayor dificultad al deglutir?	Sólidos : ___ Semi-Sólidos : X Líquidos : ___ Espesos : ___

ANTECEDENTES GENERALES			
	SI	NO	CUALES
Neurológico		X	
Traqueotomía		X	Tiempo : ___
Videos Fluoroscópico	X		DX : ___ Fecha : ___
Bronco - Pulmonar	X		Leve : ___ Moderado : ___ Severo : ___
Alimentación	Oral : X Sonda Naso-Gástrica : ___ Sonda Naso-Yeyunal : ___ Gastostomía : ___		
Oral		X	
Neumonía Recurrente		X	
Fístula Traqueo-Esofágica		X	
Intubación prolongada		X	Tiempo : ___

APARATO DIGESTIVO			
	SI	NO	OBSERVACIONES
ANOREXIA, HIPOREXIA, HIPEROREXIA		X	¿Tiene últimamente más o menos apetito?
POLIDIPSIA	X		¿Tiene más sed de lo habitual?
NAUSEAS		X	¿Tiene ganas de vomitar?
EMESIS	X		¿Van precedidos de náuseas (por irritación) u ocurren de repente, sin previo aviso (centrales)?
DISFAGIA		X	¿Nota dificultad para tragar?
ODINOFAGIA		X	¿Siente dolor al tragar?
PIROSIS		X	¿Siente un dolor de tipo quemazón o ardor?
HEMATEMESIS		X	¿Ha vomitado sangre?

18. ESCALAS, CONTROLES Y ENCUESTAS

18.1. SIGNOS VITALES GENERALES

Submódulo de Historia Clínica ubicado en el ítem Escalas, Controles y Encuestas que permite registrar los signos vitales a los pacientes. Al generar los registros de signos vitales, se muestran en la parte inferior del formulario de forma cronológica.

Este submódulo también cuenta con una opción para generar la gráfica de curva térmica teniendo en cuenta los registros previos de signos vitales del paciente.

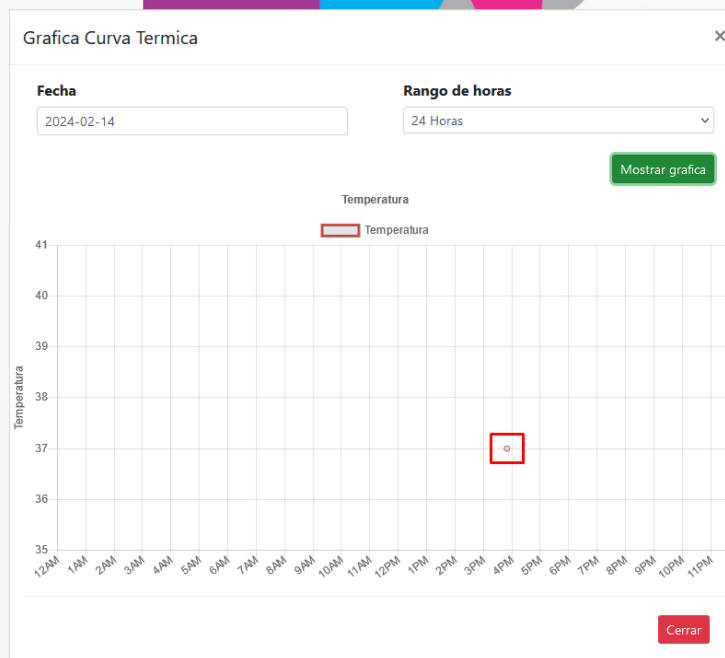
PRESTACIÓN - SIGNOS VITALES GENERALES

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	X min	X min	cmH ₂ O	cmH ₂ O	Kg.	CM.	°C	°C	%																																							
GFR.																																																
TENSION ARTERIAL																																																
SITIO: -----																																																
OBSERVACION																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="11">ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA</th> </tr> <tr> <th>Menor Dolor</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> <th>Mayor Dolor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>														ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA											Menor Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESCALA VISUAL ANALOGA - EVA																																																
Menor Dolor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mayor Dolor																																					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																					
INSERTAR																																																

LISTADO DE SIGNOS VITALES

FECHA	HORA	F.C.F	F.C.	F.R.	PVC	PIA	P.A.	PESO (Kg)	TALLA (CM)	T.A.	MEDIA	SITIO TOMA DE T.A.	TEMP.	T. INCUB.	EVA	SAT O ₂	ASC	IMC	USUARIO
2024-01-14	12:37:00	--	93	18	--	--	--	50,00	160	114 / 61	78	Membro Superior Derecho(NINV)	36,00	--	9	97,00	1,49	19,53	medico_especialista
OBSERVACION Observación																			

GRAFICA DE CURVA TERMICA



18.2. APACHE

Al dar clic en **Apache (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II)**

Permite registrar la clasificación de Severidad del Paciente de acuerdo a los ítems evaluados da una valoración pronostica de Mortalidad fundamentada en la determinación de las alteraciones de variables fisiológicas y de parámetros de laboratorio cuyo valor predice el factor de mortalidad.



Para realizar el registro de **Apache** se debe dar clic en el valor correspondiente de cada rango (Elevado, Normal o Bajo) en cada una de las Variables **Fisiológicas**.

Se debe registrar el valor en la **Escala de Glasgow** y en Puntos Por Salud Crónica que aplique al paciente.

El sistema automáticamente calcula la Escala de Glasgow, los puntos PFA, los puntos por Edad, los Puntos de Enfermedad Crónica, El puntaje Total y la probabilidad de fallecimiento. Dar clic en **Guardar**.

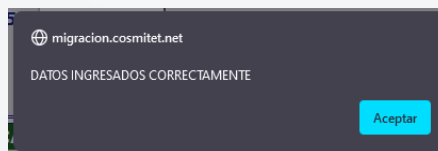
PRESTACIÓN - APACHE II (SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE SEVERIDAD DE ENFERMEDAD)

INFORMACION GENERAL **HISTORIAL**

VARIABLES FISIOLÓGICAS	SELECCIONE LA PUNTUACION ASOCIADA A CADA VARIABLE								
	(+4)	(+3)	(+2)	(+1)	Normal 0	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)
Leucocitos (Total/mm ³ en miles)	>= 40		20 - 39,9	15 - 19,9	3 - 14,9		1 - 2,9		< 1
Presión arterial media (mmHg)	>= 160	130-159	110-129		70-109		50-69		<= 49
Frecuencia cardiaca (respuesta ventricular)	>= 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<= 39
Frecuencia respiratoria (no ventilado o ventilado)	>= 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<= 5
Oxigenación : Elegir a o b									
a. Si FiO2 >= 0,5 anotar P A-aO2	>= 500	350-499	200-349		< 200				
b. Si FiO2 < 0,5 anotar PaO2					> 70	61-70	55-60		< 55
Temperatura rectal (Axial +0,5°C)	>= 41 ^o	39 - 40 ^o		38,5 - 38,9 ^o	36 - 38,4 ^o	34 - 35,9 ^o	32 - 33,9 ^o	30 - 31,9 ^o	<= 29,9 ^o
pH arterial (Preferido)	>= 7,7	7,6 - 7,69		7,5 - 7,59	7,33 - 7,49		7,25 - 7,32	7,15 - 7,24	< 7,15
HCO ₃ sérico (venoso mEq/l)	>= 52	41 - 51,9		32 - 40,9	22 - 31,9		18 - 21,9	15 - 17,9	< 15
Sodio Sérico (mEq/l)	>= 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	<= 110
Potasio Sérico (mEq/l)	>= 7	6 - 6,9		5,5 - 5,9	3,5 - 5,4	3 - 3,4	2,5 - 2,9		< 2,5
Creatinina sérica (mg/dl)	>= 3,5	2 - 3,4	1,5 - 1,9		0,6 - 1,4		< 0,6		
Doble puntuación en caso de fallo renal agudo									
Hematocrito (%)	>= 60		50 - 59,9	46 - 49,9	30 - 45,9		20 - 29,9		< 20
Escala de Glasgow(15 menos actual)	15 - 15								= 0
PUNTOS PFA	0								
PUNTOS POR EDAD	6 > 75								
PUNTOS POR SALUD CRÓNICA									
Si el paciente tiene por historia de insuficiencia severa de un sistema organico o esta inmuno - comprometido, asigne puntos como sigue:									
<input type="radio"/> Pacientes operados o emergencia operatoria									
<input type="radio"/> Pacientes en post quirurgicos electivos									
Definiciones: insuficiencia orgánica o inmunocompromiso, evidente antes de la admisión conforme a los siguientes criterios:									
HIGADO: Cirrosis (con biopsia), hipertensión portal comprobada, antecedentes de hemorragia gastrointestinal alta debida a HTA portal o episodios previos de fallo hepático, encefalopatía, o coma.									
CARDIOVASCULAR: Clase IV según la New York Heart Association									
RESPIRATORIO: Enfermedad restrictiva, obstructiva o vascular que obligue a restringir el ejercicio, como por ej. Incapacidad para subir escaleras o realizar tareas domésticas; o hipoxia crónica probada, hipercapnia, policitemia secundaria, hipertensión pulmonar severa (>40 mmHg), o dependencia respiratoria.									
RENAL: Hemodializados.									
INMUNOCOMPROMETIDOS: que el paciente haya recibido terapia que suprima la resistencia a la infección (por ejemplo inmunosupresión, quimioterapia, radiación, tratamiento crónico o altas dosis recientes de esteroides, o que padezca una enfermedad suficientemente avanzada para inmunodeprimir como por ej. leucemia, linfoma, SIDA)									
PUNTOS ENFERMEDAD CRÓNICA	0								
PUNTAJE TOTAL	0								
					PROBABILIDAD DE FALLECIMIENTO				
GUARDAR									

Figura 195 - Apache

Se confirma al dar clic en **Aceptar**.



18.3. CONTROL NEUROLOGICO

Es un formulario que se encuentra en el submódulo Escalas, Controles y Encuestas en la Historia Clínica del aplicativo Dusoftware Asistencial. Este submódulo permite registrar la información neurológica de los pacientes y cuenta con secciones para agregar los datos. Adicionalmente en este submódulo se encuentra la escala de Glasgow, la cual permite medir el nivel de conciencia del paciente.

PRESTACIÓN - CONTROL DE ESTADO NEUROLOGICO

TOMA DE CONTROLES NEUROLOGICOS				17	48
PUPILAS					
TALLA PUPILA IZQUIERDA  REACCION Normal	TALLA PUPILA DERECHA  REACCION Normal				
		NIVELES DE CONCIENCIA			
		Orientado	<input type="radio"/>		
		Obedece Ordenes	<input type="radio"/>		
		Desorientado	<input type="radio"/>		
		Somnoliento	<input type="radio"/>		
		Estuporoso	<input type="radio"/>		
		Comatoso	<input type="radio"/>		
				FUERZA	
				BRAZO DERECHO	Buena
				BRAZO IZQUIERDO	Buena
				PIERNA DERECHA	Buena
				PIERNA IZQUIERDA	Buena
ESCALA DE GLASGOW					
APERTURA OCULAR		RESPUESTA VERBAL		RESPUESTA MOTORA	
0 - --	<input type="radio"/>	1 - Ninguna	<input type="radio"/>	1 - Ninguna	<input type="radio"/>
1 - No Respuesta	<input type="radio"/>	2 - Sonido Incomprensible	<input type="radio"/>	2 - Extensión	<input type="radio"/>
2 - A Dolor	<input type="radio"/>	3 - Respuesta Inadecuada	<input type="radio"/>	3 - Flexión	<input type="radio"/>
3 - A Ordenes	<input type="radio"/>	4 - Confuso	<input type="radio"/>	4 - Retira a Estimulo	<input type="radio"/>
4 - Espontanea	<input type="radio"/>	5 - Orientado	<input type="radio"/>	5 - Localiza al Estimulo	<input type="radio"/>
				6 - Obedece	<input type="radio"/>
<input type="button" value="INSERTAR"/>					
LISTADO DE CONTROLES NEUROLOGICOS					

Figura 198 - Control neurológico

18.5. ENCUESTA COVID19

Al dar clic en **Encuesta Covid19** permite registrar la información de la encuesta que va asignando valores para al final tener el acumulado.

PRESTACIÓN - ENCUESTA COVID19

Departamento:

VALLE DEL CAUCA

Ciudad de Residencia:

CALI

¿En qué comuna vive?

Validación de factores de riesgo por contacto estrecho

1. ¿Ha estado en contacto o convivido con alguna persona sospechosa o confirmada de COVID-19? (Puntaje 0)

SI

NO

2. ¿Tiene una prueba para COVID-19 positiva en los últimos 15 días? (Puntaje 0)

SI

NO

3. ¿Se ha aplicado la vacuna contra Covid-19? (Puntaje 1, FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO)

SI

NO

4. Si la respuesta es positiva señale cual de estas vacunas le aplicaron: (Puntaje 0)

Vacuna BioNTech, Pfizer

Vacuna Janssen, Johnson & Johnson

Vacuna Moderna

Vacuna Oxford, AstraZeneca

Vacuna Sinovac

Ninguna

5. ¿Cuántas dosis? (Puntaje 0)

1

2

3

Ninguna

6. Fecha de la ultima dosis

[dd/mm/aaaa] No aplica

Validación de signos y síntomas sospecha Covid-19

3. ¿Tiene o tenido en los últimos 14 días diarrea u otras molestias digestivas? (Puntaje 0)

SI

NO

6. ¿Tiene o ha tenido sensación de cansancio o malestar en los últimos 14 días? (Puntaje 0)

SI

NO

8. ¿Ha notado pérdida del gusto o del olfato en los últimos 14 días? (Puntaje 0)

SI

NO

10. Tiene fiebre o ha tenido en los últimos 14 días? (Temperatura mayor o igual a 38°) (Puntaje 0)

SI

NO

Validación factores de riesgo individuales

1. Adultos mayores de 60 años (Puntaje 1, PACIENTE EN ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES POR COVID 19)

SI

NO

2. Diabetes (Puntaje 0)

SI

NO

3. Enf. cardiovascular (incluye HTA y ACV) (Puntaje 0)

SI

NO

4. VIH (Puntaje 0)

SI

NO

5. Cáncer (Puntaje 0)

SI

NO

6. Uso de corticoides o inmunosupresores (Puntaje 0)
 SI
 NO

7. EPOC (Puntaje 0)
 SI
 NO

8. Malnutrición (obesidad y desnutrición) (Puntaje 0)
 SI
 NO

9. Fumadores (Puntaje 0)
 SI
 NO

10. Asma (Puntaje 0)
 SI
 NO

Observaciones:

Activar ruta covid:
 SI
 NO

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


Resultados Encuesta COVID19

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 : 2	

[Registrar Encuesta](#)

Figura 199 Encuesta Covid19

Muestra el mensaje de Confirmación de la Encuesta



ESTA SEGURO QUE DESEA REGISTRAR LA ENCUESTA DE COVID19

18.6. ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2

Al dar clic en Escala de Alerta Temprana News2 permite evaluar el estado de enfermedad del paciente de acuerdo a los signos vitales.

PRESTACIÓN - ESCALA DE ALERTA TEMPRANA NEWS2

INFORMACIÓN GENERAL HISTORIAL

Nombre	Escala	Medicion	Puntaje
FR	20	resp/min	0
SaO2	98		0
FIO2	2	%	0
Temperatura	38	C	0
PS	120	mmHg	0
FC	80	lpm	0
Consciencia/ACVDI	Alerta		0

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

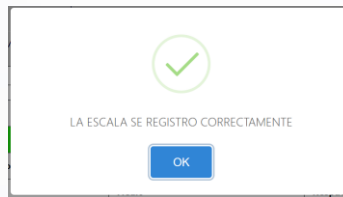
Escala de Resultados

Puntaje NEWS2	Riesgo Clínico	Respuesta
0 - 4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería
3 en cualquier parámetro	Punto de corte	Umbral para respuesta urgente
5 - 6	Medio	Respuesta urgente
7 o más	Alto	Respuesta emergente

Puntaje Total : 0

Guardar Formulario

Figura 200 - Escala de Alerta Temprana News2



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

INFORMACIÓN GENERAL		HISTORIAL			
No. Resultado	Evolución	Usuario	Fecha	Puntaje	Ver
220	13847876	MEDICO ESPECIALISTA	2024-01-16 10:01	0	Ver Resultado

Figura 201 - Historial de Escala de Alerta Temprana News

Nombre	Escala	Medición	Puntaje
FR	20	resp/mín	0
SaO2	98		0
FIO2	2	%	0
Temperatura	38	C	0
PS	120	mmHg	0
FC	80	lpm	0
Consciencia/ACVCI	Alerta		0

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

Puntaje Total : 0

Figura 202 - Resultados

19. ALERTAS

19.1. ALERTA MANUAL

Este submódulo permite agregar alertas para que se muestren visualmente en la Historia Clínica y de esta manera el personal asistencial se entere de posibles condiciones de los pacientes que deben tener en cuenta durante el proceso de atención.

Cuando se registran las alertas, estas se visualizan en la pestaña Historial por Paciente y en la parte superior del formulario de Historia Clínica.

PRESTACIÓN - ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO

ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO HISTORIAL POR PACIENTE

ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO

TIPO ALERTA

-- SELECCIONE --

OBSERVACION

Guardar

Figura 203 - Alerta Manual

PRESTACIÓN - ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO

ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO HISTORIAL POR PACIENTE

INGRESO-FECHA INGRESO	TIPOS ALERTA	FECHA DE REGISTRO	USUARIO	COLOR
5678568 - 04-04-2023	Seguimiento Oncología	14-02-2024 16:39	MEDICO ESPECIALISTA	Verde
5678568 - 04-04-2023	Alteración en esfera mental	14-02-2024 16:36	MEDICO ESPECIALISTA	Amarillo
5678568 - 04-04-2023	Alergias	14-02-2024 16:35	MEDICO ESPECIALISTA	Rojo

PRESTACIÓN - ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO

ALERTA POR DILIGENCIAMIENTO HISTORIAL POR PACIENTE

INGRESO-FECHA INGRESO	TIPOS ALERTA	FECHA DE REGISTRO	USUARIO	COLOR
5678568 - 04-04-2023	Seguimiento Oncología	14-02-2024 16:39	MEDICO ESPECIALISTA	Verde
5678568 - 04-04-2023	Alteración en esfera mental	14-02-2024 16:36	MEDICO ESPECIALISTA	Amarillo
5678568 - 04-04-2023	Alergias	14-02-2024 16:35	MEDICO ESPECIALISTA	Rojo

20. ADICIONALES

20.1. ANTECEDENTES PERSONALES

PRESTACIÓN - ANTECEDENTES PERSONALES - 1		MOSTRAR: TODOS VISIBLES OCULTOS			
ANTECEDENTES					
PATOLOGICOS	Actividad Física				
	Cancer				
	Cardiocerebrovascular				
	Diabetes				
	Enfermedad Acido Péptica				
	Enfermedad de transmisión sexual				
	Enfermedad Gastrointestinal				
	Enfermedad Infecciosa				
	Enfermedad Mental				
	Enfermedad Respiratoria				
	Enfermedades Reumáticas				
	Hipertension Arterial				
	Otros Sustancias				
	Otros				
	Recibe Medicacion				
Referencias Osteomusculares					
Referencias Perinatales					
Traumaticos					
QUIRURGICOS	Quirurgicos				
ALERGICOS	Alergias				
TOXICOS	Alcohol				
	Cigarrillo				
	Psicofármacos				
OTROS	Otros				
	Actividad Física				
	Alcoholismo				
	Alergias				
	Alimentacion				
	Cardiovascular				
	Cerebro vascular				
	Consumo Psicofármaco				
	Crecimiento y Desarrollo				
	Epilepsia				
	ETS/ITS				
	Hábitos de Sueño				
	Hospitalarios				
	Infecciones				
	Inicio de vida sexual				
	Inmunológicos				
	Metabólicos				
	Número parejas				
	Otros				
	Pediatricos				
	Quirurgicos				
	Respiratorio				
	Tabaquismo				
	Toxicos				
	Transfusionales				
	Traumaticos				
	Tuberculosis				
	Víctimas de Maltrato				
	Violencia Sexual				
		OP.	DETALLE	F. REGIS.	OCUL.
		SI	Egrogrogwer	2023-06-21	

20.2. EXAMEN FÍSICO

Este submódulo de Historia Clínica del aplicativo DUSOFT Asistencial permite al profesional realizar una evaluación de los sistemas del paciente y registra la información indicando para cada sistema si se encuentra en estado normal o anormal y registrar los hallazgos encontrados.

PRESTACIÓN - EXAMEN FISICO

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

MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-

FECHA	EVOLUCION	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-2-	OBSERVACION
2023-06-21	13845816	medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA		
		SISTEMA	ESTADO	
		Nervioso Central y Periferico (2)	ANORMAL	dfbgddeg

Figura 204 - Examen físico

Registro examen Físico clic en el botón INSERTAR

PRESTACIÓN - EXAMEN FISICO

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

MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-

FECHA	EVOLUCION	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-2-	OBSERVACION
2023-06-21	13845816	medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA		
		SISTEMA	ESTADO	
		Nervioso Central y Periferico (2)	ANORMAL	dfbgddeg

Al dar clic en el botón insertar observamos el registro realizado por parte del profesional

MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-

FECHA	EVOLUCION	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-1-	MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-2-	OBSERVACION
		medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA		
		SISTEMA	ESTADO	
		Sistematico Respiratorio	NORMAL	
		Neurologico (1)	NORMAL	
		Nervioso Central y Periferico (2)	NORMAL	
		Organos de los Sentidos (3)	NORMAL	
		Cardiovascular (4)	NORMAL	
		Respiratorio (5)	NORMAL	
		Gastrointestinal (6)	NORMAL	
		Genitourinario (7)	NORMAL	
		Osteomuscular (8)	NORMAL	
		Esfera Mental (9)	NORMAL	
		Piel (10)	NORMAL	
		Sistema Endocrino (11)	NORMAL	
		General (12)	NORMAL	
		Cabeza y Cuello (14)	NORMAL	
		Cardiopulmonar (16)	NORMAL	
		Mamas (17)	NORMAL	
		Abdomen (18)	NORMAL	
		Ginecologico (19)	NORMAL	
		Extremidades (20)	NORMAL	
		Piel y Faneras (21)	NORMAL	
		Hematopoyetico(22)	NORMAL	
		Ano- rectal / Próstata (23)	NORMAL	
		medico.especialista - MEDICO ESPECIALISTA		
		SISTEMA	ESTADO	
		Nervioso Central y Periferico (2)	ANORMAL	dfbgddeg

MOTIVOS DE EXAMEN FISICO-2-

20.3. CONSULTAS Y CONTROLES AMBULATORIOS

Este submódulo permite a los profesionales generar las solicitudes de Controles y Consultas Ambulatorios a los pacientes. El formulario está compuesto por dos pestañas:

- Solicitud de consultas ambulatorias

En esta opción los profesionales pueden generar las solicitudes para consultas con diferentes especialidades.

- Controles ambulatorios

En esta opción los profesionales pueden generar las solicitudes de controles con su especialidad.

Figura 205 - Solicitud interconsultas

Se busca la especialidad de la consulta y se de clic en el botón guardar

CODIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	OPCION	OBSERVACION	COMITE
011	INTERNISTA	1	<input checked="" type="checkbox"/>	consulta grusbaa	<input type="checkbox"/>
012	INTERNISTA CARDIOLOGO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
063	INTERNISTA HEMATOLOGO-ONCOLOGO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
073	INTERNISTA NEFROLOGO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Buttons: 'GUARDAR' (highlighted in red), 'VOLVER'

Figura 206 - Selección interconsulta

Figura 207 - Interconsulta realizada

Figura 208 - Interconsulta ambulatoria

En la pestaña **Solicitud de controles ambulatorios** se muestra los datos de la especialidad del médico que está realizando el proceso y permite agregar la periodicidad para el control de este.

Figura 209 - Solicitud controles ambulatorios

Una vez se almacena la información, se muestra la cita de control por parte del profesional.

CARGO	CODIGO DE ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD SOLICITADA	OPCION	ESTADO
@890366	115	INTENSIVISTA	1		N/A
Observacion		OBSERVACION			
Motivo de solicitud		MEDICO ESPECIALISTA			
Profesional					
Diagnósticos Presuntivos					
Fecha: 18/1/2024 - 17:32:54					

Figura 210 - Solicitud controles ambulatorios - controles remitidos

20.4. VALORACION DE PESO Y TALLA ADULTOS

Submódulo que contiene un formulario para que el personal asistencial registre la información nutricional de los pacientes adultos. El formulario está dividido en secciones que contienen las preguntas/opciones requeridas para tener el diagnóstico nutricional de los pacientes.

PRESTACIÓN - NUTRICIÓN ADULTOS

Nutrición Adultos Historial

INGESTA

Alergias a alimentos o grupos de alimentos.

Alergias a alimentos o grupos de alimentos.

Aversión o rechazos.

Aversión o rechazos.

Intolerancias.

Intolerancias.

Restricción alimentaria por tratamientos específicos.

Restricción alimentaria por tratamientos específicos.

MEDICAMENTOS

Consumo habitual.

Consumo habitual.

Consumo ocasional.

Consumo ocasional.

FUNCIONALIDADES

En cama.

En cama.

Deambula.

Deambula.

Actividad normal.

Actividad normal.

Deglución:

ANTROPOMETRIA

Talla (cms)		Peso Usual (Kgs)	
Peso Actual (Kgs)		Peso Mínimo (Kgs)	
Peso Máximo (Kgs)		Peso Ideal (Kgs)	
IMC		Clasificación	
% Cambio Peso		Tiempo	
Circunferencia Braquial (Cms)		Circunferencia de Pantorrilla (Cms)	
Dinamometría (Cms)			

BIOQUIMICOS

Albumina:		Glicemia	
Balance Nitrógeno		BUN	
Calcio		Cloro	
Colesterol		Colesterol LDL	
Colesterol HDL		Colesterol VLDL	
Creatinina		Creatinuria 24H	
Hematocrito		Hemoglobina	
Volumen Corpuscular		Plaquetas	
Potasio		Proteinas Total	
Sodio		Triglicéridos	
Magnesio		Fosforo	

EXAMEN FISICO			
Masa Muscular	Conservada <input type="radio"/>	Depletada <input type="radio"/>	Aumentada <input type="radio"/>
Paniculo Adiposo	Depletado <input type="radio"/>	Aumentado <input type="radio"/>	Conservado <input type="radio"/>
Piel y Mucosa	Normal <input type="radio"/>	Lesión por deficiencia de nutrientes <input type="radio"/>	
Edema	Sacro <input type="radio"/>	Anasarca <input type="radio"/>	Ascitis <input type="radio"/> Maleolar <input type="radio"/>
Dentición	Edentulo Parcial <input type="radio"/>	Completa <input type="radio"/>	Prótesis Funcional <input type="radio"/> Edentulo Total <input type="radio"/> Prótesis no Funcional <input type="radio"/>
ANAMNESIS ALIMENTARIA			
Anamnesis Alimentaria			
DIAGNOSTICO NUTRICIONAL			
Diagnostico Nutricional			
REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES			
Kilocalorias	<input type="text"/>	Proteina (Gramos por kilo)	<input type="text"/>
Carbohidratos (Gramos día)	<input type="text"/>	Grasa (Gramos día)	<input type="text"/>
Tipo Dieta	<input type="text"/>		
Nutricion Enteral			
Nutricion Enteral			
Nutricion Parenteral			
Nutricion Parenteral			
OBSERVACIONES			
OBSERVACIONES			

[Guardar Formulario](#)

20.5. VALORACION DE PESO Y TALLA PEDIATRICO

Submódulo que contiene un formulario para que el personal asistencial registre la información nutricional de los pacientes pediátricos. El formulario está dividido en secciones que contienen las preguntas/opciones requeridas para tener el diagnóstico nutricional de los pacientes.

PRESTACIÓN - NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

Nutrición Pediátrica Historial Grafica

ANTECEDENTES ALIMENTARIOS

Edad Gestacional (Semanas):	<input type="text"/>	Peso al Nacer (KiloGramos)	<input type="text"/>
Lactancia Materna Exclusiva:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Duración:	<input type="text"/>		
Recibe Leche Materna Actualmente:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Recibe Formula Infantil:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Edad Inicio Formula Infantil:	<input type="text"/>	¿Cual Formula Infantil?	<input type="text"/>
Tomas al Dia:	<input type="text"/>	Cantidad Formula:	<input type="text"/>
Biberón:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		
Edad Inicio Complementaria:	<input type="text"/>		
Alimentos			
<input type="text" value="Alimentos"/>			
Preparación:	<input type="radio"/> Puré <input type="radio"/> Sopas <input type="radio"/> Solidos <input type="radio"/> Licuados		

ALIMENTACION ACTUAL

Apetito:	<input type="text"/>	Ingesta:	<input type="text"/>
Deglución:	<input type="text"/>		

GRUPOS DE ALIMENTO

FRECUENCIA CONSUMO

Lácteos y Derivados	<input type="text"/>
Hortalizas y Verduras	<input type="text"/>
Frutas	<input type="text"/>
Harinas	<input type="text"/>
Leguminosas	<input type="text"/>
Carnes	<input type="text"/>
Grasas	<input type="text"/>
Azucars	<input type="text"/>
Bebidas industrializadas	<input type="text"/>

Habito Intestinal

Numero de deposiciones al dia:	<input type="text"/>	Consistencia	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------	--------------	----------------------

VALORACION NUTRICIONAL

Valoración Antropométrica

Edad Cronologica	<input type="text"/>	Edad Corregida	<input type="text"/>
Peso (KiloGramos)	<input type="text"/>	Longitud - Talla (Centimetros)	<input type="text"/>
Perimetro Cefálico (Centimetros)	<input type="text"/>	Perimetro Brazo (Centimetros)	<input type="text"/>
IMC	<input type="text"/>		

INDICADORES DE EVALUACION			
Peso para la longitud / Peso para la talla	<input type="text"/>	Interpretación:	<input type="text"/>
Longitud para la Edad / Talla para la Edad	<input type="text"/>	Interpretación:	<input type="text"/>
IMC para la Edad	<input type="text"/>	Interpretación:	<input type="text"/>
Perímetro Cefálico para la Edad	<input type="text"/>	Interpretación:	<input type="text"/>
Perímetro Braquial	<input type="text"/>	Interpretación:	<input type="text"/>

SIGNOS CLINICOS DESNUTRICION	
Area	Observación
Cabello	Fácil Desprendible <input type="checkbox"/> Escaso <input type="checkbox"/> Signo Bandera <input type="checkbox"/> Despigmntación <input type="checkbox"/> Opaco <input type="checkbox"/>
Cara	Edema Parpebral <input type="checkbox"/> Despigmntación difusa <input type="checkbox"/> Seborrea nasaolabial <input type="checkbox"/> Luna llena <input type="checkbox"/>
Ojos	Queratomalacia <input type="checkbox"/> Xerosis de la conjuntiva <input type="checkbox"/> Conjuntiva pálida <input type="checkbox"/> Machas de bitot <input type="checkbox"/> Palpebritis angular <input type="checkbox"/>
Labios, lengua y dientes	Edema <input type="checkbox"/> Atrofia papilar <input type="checkbox"/> Glositis <input type="checkbox"/> Esmalte moteado <input type="checkbox"/> Estomatitis angular <input type="checkbox"/> Queilosis <input type="checkbox"/> Lengua magenta <input type="checkbox"/>
Uñas	Fragilidad <input type="checkbox"/> Coloniquia <input type="checkbox"/> Manchas blancas <input type="checkbox"/>
Piel	Xerosis <input type="checkbox"/> Hiperqueratosis folicular <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Pelagra <input type="checkbox"/> Pliegues <input type="checkbox"/>

BIOQUIMICOS			
Albumina:	<input type="text"/>	Glicemia	<input type="text"/>
Balance Nitrógeno	<input type="text"/>	BUN	<input type="text"/>
Calcio	<input type="text"/>	Cloro	<input type="text"/>
Colesterol	<input type="text"/>	Colesterol LDL	<input type="text"/>
Colesterol HDL	<input type="text"/>	Colesterol VLDL	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="text"/>	Creatinuria 24H	<input type="text"/>
Hematocrito	<input type="text"/>	Hemoglobina	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	Potasio	<input type="text"/>
Proteinas Total	<input type="text"/>	Sodio	<input type="text"/>
Triglicéridos	<input type="text"/>	Magnesio	<input type="text"/>
Fosforo	<input type="text"/>		

HISTORIAL NUTRICIONAL	
Diagnostico Nutricional	<input type="text"/>
Descripción	<input type="text"/>

Guardar Formulario