



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

UNIDAD DE DÍA MÉDICA

SOLICITUD PROCEDIMIENTO UNIDAD DE DÍA MÉDICA.2018.

PETICIONARIO: Dr/a:

UGC PETICIONARIA:

Fecha solicitud:

Tlf. Contacto:

PACIENTE ETIQUETA

Teléfonos del paciente



**TODOS LOS PACIENTES
PROCEDENTES DE ATENCION
PRIMARIA DEBERAN
COMENTARSE PREVIAMENTE CON
SU INTERNISTA DE REFERENCIA**

DIAGNOSTICO:

TRATAMIENTOS	Marcar
Albúmina IV	
Belimumab	
Ciclofosfamida IV	
Concentrado de Hematíes	
Furosemida IV	
Inmunoglobulina IV	
Hierro IV	
Infliximab IV	
Mepolizumab	
Metilprednisolona IV	
Vedolizumab	
Omalizumab	
Prolastina	
Rituximab	
Prostaglandinas	
Ustekinumab	
Zolendronico	
PROCEDIMIENTOS	Marcar
Test Synacten	

SESIÓN:

- ☐ Primera en UDM .
- ☐ Continuidad en UDM

PRIORIDAD:

- ☐ Programada
- ☐ En 24-48 h
- ☐ Urgente (**contactar 764703**).

EL PACIENTE DEBE APORTAR SU LLEGADA A LA UDM:

- ☐ Informe clínico completo (obligatorio)
- ☐ Consentimiento Informado o Información Clínica Específica firmada por el Facultativo solicitante y el Paciente (descargar de página web)
- ☐ Orden de Tratamiento anexa (máximo para 12 meses).
- ☐ Pruebas complementarias (si precisa).
- ☐ Parte de ambulancia, ida y vuelta (si precisa).
- ☐ Evaluación odontológica (Zolendronico, si precisa).

¿CUÁNDO Y COMO REMITIR AL PACIENTE?:

- El prescriptor / paciente debe entregar esta petición en Hospital de Día Médico, o enviar por FAX a la UDM: 798.038. o por correo electrónico: hospitaldedia.miho@gmail.com. Se le citará telefónicamente.
- En caso de no poder acudir a una cita, comunicarlo al 950 451 038
- La UDM está situada en el Hospital de Día Médico
- Horario de recepción de solicitudes: **DE LUNES A VIERNES (8,30-14,30 HORAS)**.
- Contacto con el FEAd de la UDM (SOLO PARA FACULTATIVOS): 764 703 (entre 8,30 y 14,30 horas).
- En caso de faltar datos se devolverá la petición al paciente, sin cita.

ESTE DOCUMENTO SE UTILIZARÁ COMO ORDEN DE TRATAMIENTO, CON CAMBIOS INDICADOS.

ESTA UNIDAD ES TERAPÉUTICA, EN NINGÚN CASO ES DIAGNÓSTICA NI DE SEGUIMIENTO CLÍNICO.

EL PACIENTE DEBE ESTAR O VA A ESTAR EN SEGUIMIENTO POR UN FACULTATIVO AJENO A LA UDM.

**** LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS LOS REALIZARÁ EL FACULTATIVO SOLICITANTE.**

IMPRESINDIBLE RELLENAR TODOS LOS CAMPOS.

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

UNIDAD DE DÍA MÉDICA

ORDEN DE TRATAMIENTO UNIDAD DE DÍA MÉDICA

ORDENANTE: Dr/a:
UGC PETICIONARIA:

Fecha solicitud:
Tlf. Contacto:

PACIENTE ETIQUETA

Teléfonos del paciente



Talla al inicio:

Peso al inicio:

INDICACION DIAGNÓSTICA:

FARMACO A ADMINISTRAR:
DOSIS POR SESIÓN (SALVO AJUSTES):

VIA:

TIPO DE INDICACION:

- ☐ Primera.
- ☐ Continuidad.
- ☐ Cambio de pauta. Motivo:

TIEMPO O NUMERO DE SESIONES:

- ☐ Sesión única.
- ☐ Sesiones repetidas: __ sesiones cada _____. Descansar cada _____
 - ☐ Fase de inducción:
 - ☐ Fase de mantenimiento:

PREMEDICACIÓN:

- ☐ Hidratación. ☐ Paracetamol gr IV. ☐ Polaramine amp IV. ☐ Actocortina/....., mg IV.
- ☐ Furosemida mg IV. ☐ Ondasetron mg IV. ☐ ☐
- ☐ ☐ ☐

PARAMETROS A TENER EN CUENTA QUE PUEDEN MODIFICAR LA DOSIS (determinación reciente):

- ☐ Peso ____ ☐ Creatinina ____ ☐ Aclaramiento de Cr ____ ☐ Calcio ____ ☐ Leucocitos ____
- ☐ ☐ ☐ ☐

NO ADMINISTRAR EN CASO DE: _____

ADMINISTRAR EL FARMACO Y PRETRATAMIENTO INDICADOS MAS ARRIBA POR EL FACULTATIVO PRESCRIPTOR, SOLO EN CASO DE MODIFICACIÓN DE LA PAUTA POR DIFERENTES MOTIVOS, SE INDICARÁ EN ESTE CUADRO: Motivo de modificación: _____

Pauta / Dosis modificada: _____ FEA que modifica pauta original:

Fecha y Firma de administración:

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"

Avda. Dra. Ana Parra, s/n

04600 Huércal-Overa (ALMERIA)

Teléfono: 950 02 90 00

