





Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD

Estación Clínica Manual de Usuario

Versión: v03.r15 **Fecha**: 10/04/2013

Queda prohibido cualquier tipo de explotación y, en particular, la reproducción, distribución, comunicación pública y/o transformación, total o parcial, por cualquier medio, de este documento sin el previo consentimiento expreso y por escrito de la Junta de Andalucía.





HOJA DE CONTROL

Título	ecDIRAYA(EC) – Manual de Usuario			
Entregable	Manual de Usuario			
Nombre del Fichero	Procesos asistenciales.docx			
Autor	everis			
Versión/Edici ón	v03.r15	Fecha Versión	10/04/2013	
Aprobado por		Fecha Aprobación		
		Nº Total Páginas	51	

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
v01r00	Versión Inicial	everis	25 Octubre 2006
v01r01	Añadida nueva funcionalidad: Sala Digital de EC	everis	07 Marzo 2007
v01r02	Modificaciones Principio 2008	everis	26 Octubre 2008
v01r03	Modificaciones 2008	everis	26 Octubre 2009
V01r04	Modificaciones 2008 (Banco de sangre, radioterapia, intervención social y farmacocinética)	everis	29 Octubre 2009
V03.r00	Revisión	everis	29 septiembre2010
V03.r01	Revisión	everis	30 Marzo 2011
V03.r02	Revisión	everis	15 Abril 2011
V03.r03	Actualización del Manual	everis	9 Junio 2011
V03.r04	Actualización del Manual	everis	26 Septiembre 2011
V03.r05	Actualización del Manual	everis	3 Marzo 2012
V03.r06	Actualización del Manual	everis	12 Abril 2012





Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
V03.r07	Actualización del Manual	everis	24 Abril 2012
V03.r08	Actualización del Manual	everis	31 Agosto 2012
V03.r09	Actualización del Manual	everis	20Noviembre2012
V03.14	Actualización del Manual	everis	21 Marzo 2013
V03.15	Actualización del Manual	everis	10 Abril 2013





ÍNDICE

PRO)CES(DS ASISTENCIALES	6
1	Cr	eación de un Proceso Asistencial	7
2	Inf	orme de Proceso en Estado Provisional	8
3	Inf	orme de Proceso en Estado Abierto	9
	3.1	Actualización del Proceso Asistencial	. 10
	3.2	Cierre del Proceso Asistencial	. 11
4	Inf	orme de Proceso en Estado Cerrado	. 12
5	As	ociación de Estudios, Informes y Episodios a Procesos Asistenciales	. 12
	5.1	Individualmente	. 13
	5.2	En Grupo	. 14
DO	CUME	ENTACIÓN CLÍNICA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL	. 15
1	Inf	orme de Resumen Clínico	. 15
	1.1	Crear un Nuevo Informe de Resumen Clínico	. 15
	1.2	Consulta de Informe de Resumen Clínico	. 19
2	Ho	ja de Interconsulta	. 19
	2.1	Crear Hoja de Interconsulta	. 19
	2.2	Responder Hoja de Interconsulta	. 22
	2.2	Hoja de Interconsulta Enviada a una Unidad Funcional	. 23
	2.3	Hoja de Interconsulta: Consulta de Respuesta Definitiva	. 25
3	Or	den de Tratamiento/ Prescripción de Farmacia	. 26
	3.1	Crear una nueva Prescripción de Farmacia	. 26
	3.2	Pestaña Prescripción	. 27
	3.3	Pestaña Histórico de prescripciones	. 29
	3.4	Pestaña administración	. 30
4	Но	ja de constantes de Enfermería	. 31
5	Но	ja Quirúrgica	. 34
	5.1	Crear una nueva Hoja Quirúrgica	. 34
	5.1 la i	.1 Utilidad para definir la fecha y hora de inicio/fin de las tareas asociada	as a . 41
	5.1	.2 Utilidad para definir a los facultativos	, 41
	5.1	.3 Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio	. 42
	5.1	.4 Utilidad para Añadir Procedimiento	. 42
	5.1	.5 Utilidad para la representación gráfica	. 43





	5.1.6	Utilidad CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS:	
	5.1.7	No Realización de Intervención:	44
6	Hoja de	Preanestesia	44
	6.1 Cre	ar una nueva Hoja de Preanestesia	44
	6.1.1	Utilidad para definir anestesiólogo	51
	6.1.2	Utilidad para Agregar Intervención	





PROCESOS ASISTENCIALES

En el marco del plan de calidad de la consejería de salud, se ha desarrollado un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados. Con estos procesos se pretende, entre otras cosas, organizar de forma más efectiva la información relativa a la historia clínica de un paciente.

Ejemplos de procesos son: "Cefaleas", "Embarazo, Parto y Puerperio", "Insuficiencia Cardiaca", etc.

Todo proceso asistencial irá acompañado de un informe de proceso, pudiendo tener diferentes estudios complementarios, informes o episodios asociados al mismo.

Para ver los procesos asistenciales de un paciente deberemos pulsar sobre el botón "Procesos" que se encuentra en la parte inferior de la ventana.

Fecha Episodio	Servicio	Tipo Episodio	Informes y Estudios Procesos Asistenciales
Soporte CDCA	Tfno: 833	01 (de Lunes a Vien	nes de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Correo.
1	Fig 1 Be	otón para ac	tivar la vista por procesos asistenciales

El color del proceso indica el estado del mismo, que coincide con el estado del correspondiente informe de proceso:

- **Verde**: el proceso se encuentra en estado provisional, aun no pueden asociarse informes, episodios o estudios.
- **Naranja**: el proceso se encuentra en estado abierto, es posible asociar informes, episodios y estudios al mismo.
- Negro: el proceso se encuentra en estado cerrado, se ha salido del mismo y no es posible asociar más informes, episodios o estudios.



Fig 2.- Árbol de Procesos Asistenciales





Dentro de cada proceso asistencial nos encontraremos con su informe correspondiente junto con los estudios, informes o episodios que hayan sido asociados al mismo. La vista que aparece en el árbol aparece ordenada alfabéticamente. En el caso de que un paciente haya tenido un proceso asistencial varias veces (por ejemplo, un proceso de embarazo), la vista agrupara dichos procesos en una única carpeta (en la figura anterior, "Procesos de Embarazo").

De igual forma que existe la vista Detalle del Episodio, podremos visualizar el Detalle del Proceso Asistencial con tan sólo hacer clic sobre el nombre del proceso asistencial o bien sobre la fecha de entrada de un proceso cuando hay más de uno con el mismo nombre.

un 10° -	1000110	/
WIC:	1000440	/
vº de la Seguridad Social:		
Nombre y Apellidos:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ	Icono de Impresora
N.I.F.:	27742447	
Fecha de Nacimiento:	01/02/1950	
Dirección:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.	
Código Postal:	41006	
.ocalidad:	SEVILLA	
Provincia:	SEVILLA	
Feléfono:	954529361	
lédico de Familia:		
entro de Salud Asociado:		
Observaciones:		

Fig 3.- Detalle del Proceso Asistencial

1 Creación de un Proceso Asistencial

Para crear un proceso asistencial nos situaremos en la Ventana de Detalle de la Historia Clínica:

Menú Crear – Proceso Asistencial

🗟 Modificar 📎 Anex	(ar 🕨 🖹 Crear 🕬 📂 Gen. Peticiones 🕨	
ゝ Detalle de	la Proceso Asistencial	l l
NHC:	1000441	
NUHSA:	532550613	
Nº Episodio:	0352906	
Fecha de Ingreso:	08/02/2006	
Centro:	H. General	
Servicio de ingreso:	Enfermedades Respiratorias	
Cama:	459-2	
Fecha de alta:		
Motivo del alta:		
Servicio de alta:	Cardiologia	
Tipo de episodio:	Hospitalización	
Diagnósticos		
Procedimientos:		
GRD:		

Fig 4.- Creación de un proceso asistencial





Aparecerá el formulario del informe de proceso en estado provisional. Hasta que no guardemos dicho informe (bien de manera provisional, bien de manera definitiva) no se creará el proceso asistencial en la historia del paciente.

2 Informe de Proceso en Estado Provisional

Cuando creamos un proceso asistencial, deberemos rellenar el informe de proceso correspondiente donde justificaremos el tipo de proceso y el motivo de entrada junto con el médico, servicio y fecha de entrada.

Su estructura es la siguiente:

Identificación	del Paciente					/
NHC:	1000441	Nº Episodio:		Icono de v	rista preliminar	LUZ
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Mujer	Localidad: Provincia:	DOS HERMANAS SEVILLA	CP: 41089
Datos del info	rme					
Médico:				Fecha:	02 / 05 / 200	06
Process seleten	cial da			Causa de	entrada en el pro	oceso
iotivo de entrad	a al proceso	\checkmark				
Г	Guarda el i	nforme como	1	Gua	arda el informe co	omo

Fig 5.- Informe de Proceso Asistencial en Estado Provisional

Los campos del formulario referentes a Unidad Funcional, Médico y Fecha de entrada aparecerán rellenos de forma automática con la fecha actual y los datos del médico que esté identificado en el sistema. Estos datos pueden modificarse pulsando sobre los iconos de calendario, servicio y médico.

Para guardar el informe como provisional deberemos completar el tipo de proceso asistencial de manera obligatoria. Una vez grabado el informe como provisional aparecerá un nuevo proceso en el árbol de vista por procesos en color verde.





Para guardar el informe como definitivo deberemos completar todos los campos del formulario, incluido el motivo de entrada al proceso. En este caso, aparecerá en el árbol de vista por procesos en color naranja.

Existe la peculiaridad del proceso de atención al enfermero pluripatológico, en el cual, deben rellenarse una serie de datos adicionales tal y como se describe en la siguiente pantalla:



Fig 6.- Detalle del proceso asistencial de pacientes pluripatológicos

3 Informe de Proceso en Estado Abierto

El informe de proceso en estado abierto permite su actualización mediante la introducción de datos referentes a la evolución que presenta el paciente durante la vida del proceso asistencial así como cerrar dicho proceso introduciendo previamente cuál ha sido el motivo de salida del mismo.





El formulario de un informe de proceso en estado abierto tiene la siguiente estructura:

	Servicio Andalu CONSEJERÍA	iz de Selud DE SALED		Loopo do	HH UU Vin	gen del Rocío (Sevila) - 955.01.20.00
				icono de	nsta premima	
Inform	ne de Proc	eso Asisteno	cial		7	Previsional
Identificación NHC: NUHSA:	del Pacient 1000441 532550613	Tiempo desconexión no se gi	que resta p i del sistema uarde el info	ara la 1 (mientras erme)	MARIA LUISA ANDALU PLAZA ROMA 11 1 D	Z ANDALUZ
F. Nacimiento:	01/01/2005	Seno:	Mujer	Localidad: Provincia:	DOS HERMANAS SEVILLA	CP: 41089
atos del info	rme		Dato	s de entrada o	tel proceso	
ntrada del proc	eso Médic	io: Aparato Digi o: dinrgaragon o: ©	sstivo	Fech	a: 16/03/2006	
roceso asiste	encial de Bolo	Torácico				
Interedentes						
totivo de entrad aoxa volución del pro	la al proceso iceso		~	Perr evolució mé	nite ordenar la in del proceso p idico o fecha	or
Ordenar Po	or Medico del proceso		Cuao refer	dro de texto p rentes a la evo Motivo	ara introducir da Iución del proc de salida del pr	atos eso oceso
	Actualiz	a el proceso]		Clerra el proce	so
<	Actualiza	proceso	>	(Cerrar proceso	

Fig 7.- Informe de Proceso Asistencial en Estado Abierto

Sobre el informe de proceso en estado abierto se pueden realizar dos acciones: la actualización del proceso y el cierre del proceso.

3.1 Actualización del Proceso Asistencial

El informe de proceso asistencial en estado abierto, tal y como se comentó anteriormente, permite su actualización mediante la introducción de datos referentes a la evolución del proceso.

Para actualizarlo insertaremos los datos pertinentes en el cuadro de evolución del proceso y a continuación pulsaremos sobre el botón Actualizar Proceso. El sistema nos pedirá que nos identifiquemos como médicos para poder guardar la evolución.

Los diferentes datos introducidos en la evolución pueden ordenarse por médico o fecha, pulsando el botón correspondiente que aparece en el informe.



Los datos introducidos en la evolución del proceso pueden ser modificados

Evolución del proceso	Evolución del proceso
Ordenar Por Medico Dr./Dra. FORMADOR8 (03/05/2006): WERTWERTWERTWERTWERT Dr./Dra. FORMADOR8 (03/05/2006): FGHFDGHFG Dr./Dra. FORMADOR9 (03/05/2006): REWTERWTER	Ordenar Por Fecha Dr./Dra. FORMADOR8 03/05/2006: WERTWERTWERTWERTWERT 03/05/2006: FGHFDGHFG Dr./Dra. FORMADOR9 03/05/2006: REWTERWTER
Evolución ordenada por fecha	Evolución ordenada por médicos

posteriormente. Para realizar esta acción haremos clic en el enlace en el que aparece en la fecha de cada uno de los datos de evolución introducidos. El sistema sólo permitirá modificar aquellos datos que hayan sido introducidos con nuestro usuario de **EC**.

Una vez identificados, el sistema nos mostrará una ventana con el comentario actual permitiendo añadir nuevos datos a la evolución.

FGHFDGHFG	
	*
Aceptar Cano	elar

Fig 8.- Modificación de la evolución del Informe de Proceso

3.2 Cierre del Proceso Asistencial

Para cerrar un proceso asistencial deberemos introducir los datos referentes a la salida (médico, servicio y fecha de salida) así como el motivo de salida del mismo. Una vez introducidos estos datos pulsaremos sobre el botón Cerrar Proceso. El árbol de vista por procesos se actualizará y nos mostrará el proceso en color **negro**.





4 Informe de Proceso en Estado Cerrado

Cuando se consulte un Informe de Proceso cerrado se mostrará la siguiente plantilla:

JUNIA DE ABSAUCIA	Servicio Andaluz CONSEJERÍA D	de Salud E SALUD	Ic	ono de Ir	npres	HH UU Virg Avda: Manuel Siurot, s/n (jen del Rocí (Sevila) - 955:01:20.(
🚺 Inform	e de Proce	so Asistenc	ial (CERR/	NDO)			
Identificación	del Paciente						
NHC:	1000441	Nº Episodio:	1	Pacie	nte:	MARIA LUISA ANDALUZ	ANDALUZ
NUHSA:	532550613	Tipo ingreso:	(2)	Dom	cilio:	PLAZA ROMA 11 1 D	
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Mujer	Local	idad:	DOS HERMANAS	CP: 41089
				Provi	ncia:	SEVILLA	
o del info	The						
Entrada del proc	eso Servicio Médico	: Anatomia pat dmrgaragon	bologica		Fecha	n 15/03/2006	
collida dal annas	Servici	Anatomia pat	bologica		Fecha	15/03/2006	
Sanda del proces	Médico	FORMADORE	3				
Proceso asiste Intecedentes Familiares:	ncial de Ataqu	Cerebro Vas	ocular Datos sol	ore la ent	rada)	y salida del proce	eso
Proceso asiste Antecedentes Familiares: familiares Personales: viviniminio	ncial de Ataqu	Cerebro Vas	Datos sob	ore la ent	rada	y salida del proce	eso
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Familiares Personales: vavauuaviva	ncial de Ataqu	Cerebro Vas	Datos sot	ore la ent	rada	y salida del proce Motivo de entre	eso ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Personales: vouvouvov Totivo de entrad	ncial de Ataqu	Cerebro Vas	Datos sok	ore la ent	rada	y salida del proce Motivo de entre proceso	ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Familiares: Personales: Vivivivivivi Intivo de entrad asis	a al proceso	Cerebro Vas	Datos sot	ore la enti	rada (y salida del proce Motivo de entri proceso	ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Familiares Personales: viviounivi fotivo de entrad aida volución del pro	a al proceso	Cerebro Vas	Datos sot	ore la enti volución del	rada (y salida del proce Motivo de entra proceso	ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Familiares Personales: voivouvivo Totivo de entrad add volución del pro Dr./Dra. dmrgal	a al proceso agon (15/03/200	Cerebro Vas	Datos sol	volución del proceso	rada (y salida del proce Motivo de entre proceso	ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: familiares Personales: www.www Intivo de entrad aos volución del pro Dr./Dra. dmrqai aosoa	a al proceso agon (15/03/200	6):	Datos sol	volución del proceso	rada y	y salida del proce Motivo de entri proceso	ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Familiares Personales: voivention Intivo de entrad aaa volución del pro Dr./Dra. dmrgal aaaa fotivo de salida	a al proceso	6):	Datos sol	volución del proceso Motiv	rada)] /o de	y salida del proce Motivo de entra proceso salida del proces	ada del
Proceso asiste Antecedentes Familiares: Familiares: Personales: volución del pro Dr./Dra. dmrgat asoso fotivo de salida asoso	a al proceso agon (15/03/200 del proceso	6):	Datos sol	volución del proceso Motiv	rada y	y salida del proce Motivo de entre proceso salida del proces	ada del

Fig 9.- Informe de Proceso en Estado Cerrado

5 Asociación de Estudios, Informes y Episodios a Procesos Asistenciales

Es posible asociar a un proceso asistencial que se encuentre en estado abierto diferentes estudios complementarios, informes o episodios que estén relacionados con éste.

Esta asociación se puede realizar de forma individual (desde un estudio, informe o episodio realizamos la asociación a un proceso) o bien en grupo (desde un proceso asistencial seleccionamos todas los estudios, informes o episodios que queremos asociar a dicho proceso).





5.1 Individualmente

Para asociar un estudio complementario, un informe definitivo (de alta, consulta o traslado) o un episodio a un proceso asistencial deberemos seleccionar el **Menú Asociar** – **Asociar a Proceso** que se encuentra en la parte superior de los resultados de los estudios, en la vista de los informes o en el detalle del episodio.



Fig 10.- Menú Asociar a Proceso

Tras pulsar sobre este menú se abrirá una ventana desde donde se nos permitirá asociar estudios/informe/episodio a un proceso que se encuentre en estado abierto.



Fig 11.- Ventana de asociación de un estudio/informe/episodio a un proceso

En la parte inferior de la ventana aparecerán los procesos abiertos a los que se puede asociar el estudio. Haremos clic sobre el proceso abierto al que queramos asociar el estudio. El sistema nos pedirá que nos identifiquemos como médicos antes de completar la asociación.

En la parte superior de la ventana aparecerán los procesos abiertos en los que el estudio/informe/episodio se encuentra ya asociado. Junto a cada uno de estos procesos aparecerá el icono de una papelera que nos permitirá eliminar la asociación si así lo queremos.

Puede ocurrir que un estudio o un informe pertenezcan a un episodio que está asociado a un proceso. En tal caso, el sistema nos indicará que este estudio/informe está asociado a un





proceso a través de un episodio. Esta asociación no puede eliminarse directamente (aparece el icono de una papelera tachada \mathbb{X}).Para eliminar esta asociación, se debe desasociar el episodio donde se encuentra el estudio o informe y que se encuentra asociado al proceso.

5.2 En Grupo

Desde un proceso asistencial en estado abierto podremos asociar varios estudios, informes o episodios en un único paso.

Para realizar esta operación nos situaremos en la Ventana de Detalle del Proceso Asistencial de un proceso en estado abierto:

Menú Asociar – Asociar Estudios/Informes



Fig 12.- Menú Asociar Estudios/Informes/Episodios a un Proceso Asistencial

El sistema nos mostrará a continuación una ventana similar a la siguiente:

eccione el episodio/tipo de estudio/informe				
	Episodios			
Aparato Dig	jestivo - 23/02/2006 - Episodio nº : 2026000			
Urgencias -	23/02/2006 - Episodio nº : 2025999			
Urgencias -	23/02/2006 - Episodio nº : 1382577			
🗌 Pediatría Ge	eneral1 - 23/02/2006 - Episodio nº : 2018035			
Endocrinolo	gía y Nutrición - 20/02/2006 - Episodio nº : 1298158			
Neonatolog	ía - 15/02/2006 - Episodio nº : 0354309			
Enfermedad	des Respiratorias - 08/02/2006 - Episodio nº : 0352906			
Enfermedad	des Infecciosas - 10/01/2006 - Episodio nº : 0358047			
Enfermedad	des Infecciosas - 10/01/2006 - Episodio nº : 0348047			
Dermatolog	ía y Venereología - 05/01/2006 - Episodio nº : 1196472			
Oftalmologí	a - 15/11/2005 - Episodio nº : 1367703			
Obstetricia	y Ginecología - 09/10/2005 - Episodio nº : 0333692			
🗌 Urgencias -	09/10/2005 - Episodio nº : 40263644			
Rehabilitaci	ón - 29/03/2005 - Episodio nº : 0690141			
Urgencias -	31/01/2005 - Episodio nº : 40059500			
Urgencias -	31/01/2005 - Episodio nº : 40059400			
Cirugía Orto	opédica y Traumatología - 19/08/2004 - Episodio nº : 1766661			
Urgencias -	03/07/1996 - Episodio nº : 5143745			
Urgencias -	10/05/1996 - Episodio nº : 5096966			

Fig 13.- Ventana de asociación de varias estudios/informes/episodios a un proceso

Desde esta ventana seleccionaremos el tipo de estudio, informe o episodio a asociar. El sistema nos mostrará a continuación aquellos elementos que no se encuentran asociados al proceso. Si el tipo de elemento seleccionado no se encuentra en la historia clínica del





paciente o bien no hay ningún elemento que aún no se haya asociado al proceso asistencial actual, el sistema nos mostrará un mensaje indicando esta situación.

Activando cada una de las casillas de estudios, informes o episodios a asociar y pulsando sobre el botón Asociar, asociaremos los elementos seleccionados al proceso asistencial.

El sistema mostrará un estudio o informe en color rojo si dicho elemento pertenece a un episodio que se encuentra asociado al proceso. En este caso, no se nos permitirá seleccionar dicho estudio o informe para su asociación.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

A continuación se detallarán cada uno de los informes que se podrán generar durante el transcurso de un proceso de asistencial a un paciente.

1 Informe de Resumen Clínico

EC permite la creación de Informes de Resumen Clínico. Este informe puede crearse a nivel de historia en pacientes que no sean exitus.

1.1 Crear un Nuevo Informe de Resumen Clínico

Deberemos acceder al detalle de la Historia del paciente. Para ello, haremos clic con el ratón sobre el nombre del paciente en el árbol de episodios.



Fig 14.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle de la Historia, debemos de seleccionar el menú Crear y a continuación la opción Informe de Resumen Clínico.



Fig 15.- Creación de Informe de Resumen Clínico

Al seleccionar Informe de Resumen Clínico nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos.

Este informe permite además el uso de plantillas.





JUNIA DE ANDALICIA Servic	cio Andaluz de Salud SEJERÍA DE SALUD					HI Avda. Ma	H UU Virg inuel Siurot, s/n Todas las U	Jen del Rod (Sevilla) - 955.01.2 Inidades Funcion	CÍO 0.00 ales
🃡 Informe de	e Resumen C	l ínico (PROV	ISIONAL)			Mis F	Plantillas 📝	Previsualizar	
Identificación del Pa	aciente								
NHC:	321321	Nº Episodio:	-	F	Paciente:	PACIENTE ANDALUZ	ANDALUZ		
NUHSA:	448394423	Tipo ingreso:	-	[Domicilio:	CALLE CICERON Nº20)		
NUSS:	41/0160742146	Sexo:	Mujer	L	ocalidad:	1710	CP: 41006		
F. Nacimiento:	01/01/1958	Edad:	51	•	Provincia:	SEVILLA			
Datos del informe									
Unidad Procedencia:	I Todas las Unida	ades Funcionales		Fecha del I	nforme:	27 / 10 / 2009			
Médico de Familia:				Destino:		Seleccione un valor		~	
				Centro de S	alud Asociado:				
Motivo de consulta									
Antecedentes									
Familiares:									
Personales:									
						s			
Enfermedad Actual									
Anamnesis:									
Exploración:									

Fig 16.- Formulario de Informe de Resumen Clínico Parte 1





Pruebas Complementarias	
Evolución y curso Clínico	
Intervención Quirúrgica / Procedimientos	
	L
Inisia (Ilinia	
Principal:	
Secundarios:	
a.:	
b.:	
Tratamiento	
Plan de Actuación	_
Revisiones	
Firmas adicionales	

Fig 17.- Formulario de Informe de Resumen Clínico Parte 2

Este es el formulario estándar de Informe de Resumen Clínico. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos





necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de "Versión Provisional" y "Versión Definitivo". Además, se permite guardar el informe como plantilla.

Guardar Plantilla

Versión Provisional

Versión Definitiva

Botones utilizados para guardar el Informe de Resumen Clínico como provisional, definitivo o plantilla.

1.2 Consulta de Informe de Resumen Clínico

Un Informe de Resumen Clínico realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica en la carpeta Informes de Resumen Clínico. Estos informes no están asociados a los episodios clínicos, sino que cuelgan directamente de la historia clínica.



Fig 18.- Historia con un Informe de Resumen Clínico

Como en otros documentos de EC, dependiendo del estado en el que se encuentre el Informe de Resumen Clínico, la visualización de éste será diferente, es decir, verde si está guardado como provisional y negro si está guardado como definitivo.

2 Hoja de Interconsulta

Todo Episodio Clínico, sea del tipo que sea, podrá tener ninguna, una o varias Hojas de Interconsulta asociadas. El ciclo de vida de estos documentos se detalla a continuación:

2.1 Crear Hoja de Interconsulta

La creación de una Hoja de Interconsulta podrá realizarse desde la ventana de Detalle de Episodio Clínico, pulsando la opción Hoja de Interconsulta del menú Crear, como muestra la siguiente pantalla:



Fig 19.- Ventana de Detalle de Episodio Clínico

Es necesario señalar que únicamente podrán crearse nuevas Hojas de Interconsulta en episodios que estén abiertos.

Al pulsar el menú se abrirá el formulario de consulta de la Hoja Interconsulta, el cual se muestra a continuación:

NHC:	1000440	Nº Episodio:	0371161	Paciente:	CANDIDA ANE	DALUZ ANDALUZ
NUHSA:		Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CODORNIZ 9,	1º DCHA.
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA	CP: 41006
Datos de la F	loia					
F. Ingreso:	27/08/201	13				
Servicio	-		M	lédico	0	
Solicitante:	Aparato	Aparato Digestivo		olicitante:	Est	os campos se
Solicitud:	01/04/209					relleneran
Servicio Solicitado:	-		-		la hoja	de Interconsult
Respuesta:			G	Respuesta		
Prioridad:	Normal					
				-		
Motivo de consi	ulta					
Motive de cons	ulta					1.10
Motive de conse	ulta			2		123
Motive de const	ulta Estos	campos se				
Motive de const	Estos rel	campos se lenerán				
Motive de const	Estos rel automa	campos se lenerán iticámente al	<u> </u>			

Fig 20.- Formulario de consulta de la Hoja de Interconsulta

Algunas consideraciones a tener en cuenta para rellenar este formulario son:

4 Identificación del de la Unidad Funcional: para identificar la UF se deberá hacer

"click" con el puntero del ratón sobre el icono $^{\$}$, que provocará que se abra una nueva ventana del navegador en la que la selección se hará posicionando el cursor sobre una unidad funcional y pulsando el botón Aceptar. Una vez pulsado este botón, la ventana se cerrará y la unidad funcional seleccionada quedará reflejado en





el formulario. Si se pulsa el botón Cancelar la ventana se cerrará sin realizar ninguna selección.

Identificación del Médico: Tras seleccionar la unidad funcional deseado se habilitará el icono en el formulario, el cual permitirá buscar el médico. Al pulsar este icono se abrirá una nueva ventana del navegador que contendrá los médicos que forman parte del servicio seleccionado. Se podrá seleccionar uno de ellos posicionando el cursor sobre el médico y pulsando el botón Aceptar. Si se pulsa el botón Cancelar la ventana se cerrará sin realizar ninguna selección.

Seleccione Unidad Funcional	Seleccione Facultativo
Alergología Anatomía Patológica Anestesia UCMA Anestesia y Área Quirúrgica Anestesiología General	FORMADOR6 FORMADOR7 FORMADOR8
Aceptar Cancelar	Aceptar Cancelar
Ventana de Selección de Unidad Funcional	Ventana de Selección de Médico

- **Designación de Prioridad**: el usuario podrá identificar si la consulta que realiza tiene una prioridad Normal, Preferente o Urgente.
- **Fecha de primera respuesta**: se rellena automáticamente en el momento que se guardarla primera respuesta en modo borrador.
- **Fecha de respuesta definitiva**: se rellena en el momento que se graba la respuesta definitiva.
- **Botón Versión Provisional Consulta**: este botón permitirá grabar la consulta en estado provisional. Solicitará la autenticación del usuario, pudiendo tener éste tanto el perfil de Administrativo como de Médico.
- Botón Versión Definitiva Consulta: este botón permitirá grabar la consulta en estado definitivo, quedando pendiente de respuesta por el médico solicitado y apareciendo como tarea pendiente en el buzón del mismo. Para guardar una Hoja de Interconsulta como definitivo consulta, la aplicación solicitará la autenticación del usuario, siendo obligatorio que tenga el perfil Médico.

Es necesario señalar que para crear una Hoja Interconsulta será obligatorio informar el motivo de consulta, identificar la unidad funcional y el médico solicitante, y la unidad funcional solicitada. Por el contrario, no será necesario identificar el médico solicitado ya que es posible realizar una consulta a una unidad.





El usuario puede consultar en todo momento las hojas de interconsulta enviadas a través del buzón de tareas o a través del árbol de directorios de la Historia Clínica.

2.2 Responder Hoja de Interconsulta

El usuario podrá acceder a las Hojas de Interconsulta que tenga pendientes de responder o respondidas en borrador de dos formas distintas: a través del buzón de tareas o a través del árbol del directorio de la Historia Clínica. En ambos caso se abrirá el formulario de respuesta de la Hoja de Interconsulta, cuya estructura es la siguiente:

JUNIA DE ANDAUKU	Servicio An CONSEJER	daluz de Salud IA DE SALU	ono de	Vista	H Avda, Prelimin	HH UU V Manuel Siurot, I <mark>ar</mark>	irgen del Rocío s/n (Sevilla) - 955.01.20.00 Servicio Reumatología
р Hoja d	e Interc	onsulta de	Consi	ultas	(Sevilla,	, a 30/03	/2006 14:00)
Identificaciór	n del Pacieri	ite					
NHC:	1000440	Nº Episodio:	0371161	1	Paciente:	CANDIDA AN	DALUZ ANDALUZ
NUHSA:	2	Tipo ingreso:	Consulta	3 5	Domicilio:	CODORNIZ 9	, 1º DCHA.
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer		Localidad:	SEVILLA	CP: 41006
					Provincia:	SEVILLA	
Datos de la H	loja						
F. Ingreso:		27/08/2003					
Servicio Solicita	ante:	Cardiología	Méd		dico Solicitante:		dmrgaragon
F. Solicitud:		30/03/2006 13	3:59				
Servicio Solicita	ado:	Aparato Digest	tivo Médico Solicitado:		dmrgaragon		
F. Primera Resp	uesta:	30/03/2006 13	30/03/2006 13:59 F. F		puesta Defi	initiva:	30/03/2006 14:00
Prioridad:		Normal					
Motivo de consu	llta						
Motivo de Consul	ta						
Informe							
Dr./Dra. dmrga Informe 1 Dr./Dra. dmrga Informe 2	aragon (30/0: aragon (30/0:	3/2006 13:59): 3/2006 14:00):					
Pruebas que se	solicitan						
Dr./Dra. dmrga Pruebas que se s Dr./Dra. dmrga Pruebas que se s	aragon (30/03 olicitan 1 aragon (30/03 olicitan 2	3/2006 13:59): 3/2006 14:00):					

Fig 21.- Formulario de respuesta de la Hoja de Interconsulta

Algunas características de este formulario se detallan a continuación:

Botón Versión Provisional Respuesta: este botón permitirá grabar la respuesta en estado provisional. Se solicitará la autenticación del usuario, siendo obligatorio que tenga el perfil de Médico, ya que constará como firmante. Al guardar una Hoja





Interconsulta como versión provisional respuesta aparecerá como Borrador de respuesta en el Buzón de Tareas del usuario. Todo los que se guarde como versión provisional quedará registrado en la Hoja de Interconsulta. Así, en cada apartado se verán las respuestas provisionales precedidas de la fecha y del autor de la misma.

Identificación	n del Pacien	te	Const		(Jevilla)	, a 30/03/	2000 14.00) E
IHC: 1000440 Nº Episodio: 0371161			Paciente: CANDIDA AN		DALUZ ANDALUZ		
NUHSA:	120	Tipo ingreso:	Consulta	15	omicilio:	CODORNIZ 9,	1º DCHA.
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer		ocalidad:	SEVILLA	CP: 41006
					Provincia:	SEVILLA	
)atos de la ⊢	loja						
F. Ingreso:		27/08/2003					
Servicio Solicita	ante:	Cardiología		Médico	Solicitant	e:	dmrgaragon
F. Solicitud:		30/03/2006 13	:59				
Servicio Solicita	ado:	Aparato Digest	ivo	Médico Solicitado:			dmrgaragon
F. Primera Resp	ouesta:	30/03/2006 13:59		F. Respuesta Definitiva:			30/03/2006 14:00
Prioridad:		Normal					
rioridad:		Normal					

Fig 22.- Vista de respuestas provisionales

Se debe destacar que es posible modificar las respuestas guardadas provisionalmente. Cada médico podrá modificar solamente sus aportaciones a la respuesta, para ello debe pulsar sobre su nombre situado encima de la parte que se quiere modificar.

- Botón Versión Definitiva Respuesta: este botón permitirá grabar la respuesta en estado definitivo, quedando como Respuesta Recibida en el buzón del Médico solicitante. Para guardar una Hoja de Interconsulta como versión definitiva respuesta, la aplicación solicitará la autenticación del usuario, siendo obligatorio que tenga el perfil de Médico.
- Botón Reasignar Médico Responsable: este botón permitirá grabar todas las modificaciones que se hayan realizado y además reasignará la tarea a otro médico del servicio solicitado, apareciendo como tal en el Buzón de Tareas del mismo. Esta acción únicamente podrá realizarla el médico solicitado.
- **Campo Firmantes**: en este campo quedarán registrados todos los Médicos que hayan guardado información en el formulario de respuesta.

2.2.1 Hoja de Interconsulta Enviada a una Unidad Funcional





Cuando se envía una Hoja de Interconsulta a una Unidad Funcional, ésta aparecerá como Pendiente de Asignar en el Buzón de Tareas del usuario designado como Gestor de Interconsulta de dicha Unidad.

Para asignar la Hoja de Interconsulta bastará con pulsar el botón Asignar Médico Responsable que aparece en la parte inferior del formulario mostrado en la siguiente página. En dicho formulario únicamente podrá identificarse el médico solicitado, ya que el resto de los campos estarán protegidos.

La Hoja de Interconsulta solamente podrá ser asignada a un médico de la Unidad Funcional por el Gestor de Interconsulta responsable. Si otro usuario intentase realizar la asignación obtendría el siguiente mensaje:

🕈 AVISO	
Esta Hoja de interconsulta solamente pueder ser reasignada por Dr./Dra. otro usuario. Por favor póngase en contacto con Dr./Dra.	a
Cerrar	

Fig 23.- Mensaje de notificación de falta de autoridad para asignar la Hoja de Interconsulta

	o Andaluz de Salud EJERÍA DE SALUD	H Avda.	H UU Virger Manuel Sturot, s/n (S	n del Rocío avilla) - 955.01.20.0
	Sevilla, a 0	7/03/2006 11:39	Ser	vicio Reumatologi
н	OJA DE INTERCON	SULTA DE	CONSULTAS	
Identificación del Pac	iente			
NHC: 1000440 NUHSA: -	N. Episodio: Tipo Ingreso: Consultas	Paciente: Domicilio:	CANDIDA ANDALUZ CODORNIZ 9, 1º DO	ANDALUZ HA.
F. Nacimiento: 01/02/1950 Datos del informe	Sexo: Mujer	Provincia:	SEVILLA	C.P.: 41006
F. Ingreso: 27/ Servicio Solicitante: Car	08/2003 diología	Médico Soli	citante: dmrgaragon	
F. Solicitud: 06/ Servicio Solicitado: Car	03/2006 14:54 diologia	Médico Solicitado: dmrgaragon		
F. Primera Respuesta: 07/ Prioridad: Nor	03/2006 11:39 mal	F. Respuest	a Definitiva:07/03/20	06 11:39
Motivo de consulta				
Firmantes				

Fig 24.- Formulario de asignación de la Hoja de Interconsulta

Una vez que la asignada, la Hoja de Interconsulta aparecerá como tarea pendiente en la Buzón de Tareas del médico identificado como solicitado. El remitente de dicha tarea será el usuario que aparece como solicitante.

En el momento en que un usuario acceda a la Hoja de Interconsulta ya asignada a un médico quedará registrado como lector de la misma. Mientras permanezca dentro de la Hoja, si otro médico accede a esa misma Hoja obtendrá el siguiente mensaje informativo:



Fig 25.- Mensaje de aviso de bloqueo

De esta forma se evitará que dos o más médicos respondan simultáneamente a la misma Hoja de Interconsulta, eliminando por tanto la posible pérdida de información.

Cuando el médico que ha bloqueado la Hoja de Interconsulta salga de la misma, ya sea saliendo de la aplicación (icono salir de la barra superior) o bien navegando a otra parte de la misma, la Hoja se desbloqueará automáticamente y cualquier otro médico podrá introducir información en la misma, repitiéndose el proceso de bloqueo.

En definitiva, solamente un médico podrá estar respondiendo una Hoja de Interconsulta en un momento determinado, nunca dos o más simultáneamente.

2.3 Hoja de Interconsulta: Consulta de Respuesta Definitiva

En EC se podrá consultar la repuesta definitiva de una Hoja de Interconsulta desde:

El Buzón de Tareas del médico solicitante, donde aparecerá como Respuesta Recibida (negro).

El árbol de directorios de la Historia Clínica (**negro**).

Al realizar la consulta se mostrará la siguiente plantilla, en la que hay que destacar que sólo aparecerán los apartados en los que los usuarios introdujeron información al rellenar los formularios de consulta y de respuesta.

JUNIA DE ANDRUUCIA Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04/2013	everis
C Asoriar •		

	Servicio An CONSEJER	daluz de Salud	HH UU Virg aluz de Salud A DE SALU Loopo de Vieta Preliminar Stit				
🔨 Hoia d	e Interc	onsulta de	Consu	ilitas	(Sevilla	a 30/0	3/2006 1+1001
Identificación	n del Pacien	te					
NHC:	1000440	Nº Episodio:	0371161		Paciente:	CANDIDA A	NDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	Consulta	s	Domicilio:	CODORNIZ	9, 1º DCHA.
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer		Localidad:	SEVILLA	CP: 41006
					Provincia:	SEVILLA	
Datos de la H	oja						
F. Ingreso:		27/08/2003					
Servicio Solicita	inte:	Cardiología		Médi	o Solicitant	e:	dmrgaragon
F. Solicitud:		30/03/2006 13	:59				
Servicio Solicita	ado:	Aparato Digest	ivo	Médi	o Solicitado	1210	dmrgaragon
F. Primera Resp	uesta:	30/03/2006 13	:59	F. Re	spuesta Def	initiva:	30/03/2006 14:00
Prioridad:		Normal					
a 17 a	n						
Horivo de conso	nca						
Motivo de Consul	ta						
nforme							
Dr./Dra. dmrga Informe 1 Dr./Dra. dmrga Informe 2	aragon (30/03 aragon (30/03	3/2006 13:59): 3/2006 14:00):					

Fig 26.- Detalle de la Hoja de Interconsulta en Definitivo Respuesta

3 Orden de Tratamiento/ Prescripción de Farmacia.

EC permite la creación de la Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Cardiología.

3.1 Crear una nueva Prescripción de Farmacia

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Prescripción facultativa.

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04/201	3	everis
	rear 🕨 🎑 Visualizar 🕨 🖾 Asociar 🕨 💕 Gen. Peticione:	s • ,	
Ho	a de Hipertensión y Embarazo		
Ho	ia de Inmunoterapia 110		
Ho	a de Sospecha de Enfermedad Profesional		
Inf	orme de Alta de URPA HM		
Infi	orme de Biopsia Pleural		
Inf	orme de Consejo Genético		
Inf	orme de Punción Pleural		
Infi	orme de Punción Pulmonar Aspirativa		
Infi	orme de Toracoscopia		
Rec	comendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestaciona	al	
Est	udio de Inmunología	•	
Ho	a de Atención Domiciliaria		
Ho	a de Tratatamiento Quimioterápico		
Ho	a de Prescripción Facultativa		
Ho	a SAHS		
Hoj	a de Seguimiento CPPD		
Ho	a de Constantes de Enfermería		
Infi	orme de Alta Ostomía		
Infi	orme de Revision Ostomía		
Ho	a Quirurgica		
Ho	a de Procesos de Enfermeria	•	

Fig 27.- Creación de una hoja de Prescripción Facultativa

Al seleccionar Hoja de Prescripción Facultativa aparecerá en la parte derecha un formulario con tres pestañas, que se irán viendo cada una en detalle en los siguientes apartados.

3.2 Pestaña Prescripción

En esta pestaña se encontrarán todas las prescripciones realizadas así como su estado (validado por farmacia o no validado) se podrá introducir una serie de datos iniciales del paciente, así como una serie de campos para problemas, tratamiento domiciliario y observaciones.





ntificacio	ón del Paciente								
•		9999999	Nº Eni	isodio:	2591910	Paciente			
SA:		985791904	Tipo i	ngreso:	Consultas	Domicilio:	CALLE JUAN DE DIOS SOTO	7	
i.		41/1092822231	Sexo:		Hombre	Localidad:	GINES	CP: 41960	
cimiento iono:	2	31/08/2003 954715007	Edad:		7	Provincia:	SEVILLA		
os de la	Ноја								
a:	22/09/2010	Peso	(Kg):		Talla (m):				
ias:	Sí O No O								
as:	Sí 🔿 No 🔘								
vencion	es de enfermería:	© sí © №							
rescripcio	ones Realizadas								
	Fármaco / Dosific	ación		Pauta		Duración (Inicio/Fin)	Notas	Presc.	Valid.
									1 OF HIDCH
roblemas	s que presenta el p	● Activa → Interrun aciente	pida 🔵 Sus	pendida 🔘 Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) 🗙 Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente. Iar (farmacia) ✔ Validada (farmac (Se recomienda no usarlo) rescritoción	ia) — Prescripción original Modi	ficación (farmacia)	
roblemas	s que presenta el p	● Activa <mark>→</mark> Interrun	pida 🗨 Sus	pendida 🜑 Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) X Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente. lar (farmacia) ✔ Validada (farmaci (Se recomienda no usarlo) rescripción	ia) — Prescripción original Modi	ficación (farmacia)	
roblemas	s que presenta el p	Cactiva Vinterrun	pida 💽 Sus	pendida 🜑 Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) X Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente. lar (farmacia) ✔ Validada (farmaci (Se recomienda no usarlo) rescripción	ia) — Prescripción original Mod	ficación (farmacia)	
roblemas	s que presenta el p ato Domiciliario	Activa 🧼 Interrun	ipida 🗨 Sus	pendida O Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) X Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente.	ia) — Prescripción original Mod	ficación (farmacia)	
roblemas	s que presenta el p to Domiciliario	Activa 🥜 Interrun	ipida 🗨 Sus	pendida Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) X Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente. lar (farmacia) 🖌 Validada (farmaci (Se recomienda no usarlo) rescripción	ia) – Prescripción original Modi	ficación (farmacia)	
roblemas	s que presenta el p ito Domiciliario	Activa Interrun	pida 🗨 Sus	pendida 🜑 Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) X Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente.	ia) — Prescripción original Modi	ficación (farmacia)	
roblemas	s que presenta el p nto Domiciliario ones nciones del Facultat	Activa Interrun aciente ivo	pida 🗨 Sus	pendida Propu	No hay prescripc uesta (farmacia) X Pte. valic (*) Valor deshabilitado Nueva P	iones actualmente.	ia) — Prescripción original Modi	ficación (farmacia)	

Fig 28.- Formulario de la pestaña prescripción

Al hacer clic sobre el botón de nueva prescripción (<u>Nueva Prescripción</u>), aparecerá la siguiente ventana:



Fármaco / Dosificación	Pauta
ármaco: FACTOR IX 1.000 UI (GRIFOLS) VIAL	Secuencia; 1 veces / día 💙 🛛 A LAS 12 HORAS 🗸 🗸
FACTOR IX GRIFOLS 1.000 UI	Dosis por toma:
a: INFUSION CONTINUA	
Si precisa	
	Tipo Pauta: Diaria 💌
Duración	
uración: 3 dias 😽	Notas
icio: 22/09/2010 10 : 9	Notas
n: 25/09/2010 10 : 9	
Medicación preso	rita: FACTOR IX 1.000 UI (GRIFOLS) VIAL Dosis: 1 VIAL
	Aceptar Cancelar

Fig 29.- Ventana de nueva prescripción

Como se puede observar, la prescripción está dividida en cuatro apartados, fármaco/dosificación, duración, pauta y notas. Una vez introducidos los datos correctamente, se presionará el botón aceptar y la prescripción quedará registrada en el listado de la figura 110. Cuando se hayan realizado todas las prescripciones se puede tanto guardar provisional como proceder a la validación por parte de farmacia de las prescripciones mediante los botones de la parte inferior del formulario de la figura 110.



3.3 Pestaña Histórico de prescripciones

En esta pestaña aparecerá todo el histórico de prescripciones realizadas al paciente dentro de ese episodio, esta pestaña no contiene funcionalidad alguna, salvo la muestra de dicha información y la de imprimir dicho histórico.

JUNTA DE ANDALUCIV	Servicio Andaluz de CONSEJERÍA DE S/	Salud ALUD Fecha	ón Clínica al de Usuario de finalizac	o ión: 10/04/2	2013	everis	
Hoja de	Prescripción Faculta	ativa					
Identificación d	el Paciente	Productions are a final		Laboration and			
NHC:	9999999	Nº Episodio:	2591910	Paciente:	RAFAEL ANDALUZ	ANDALUZ	
NUHSA:	985791904	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CALLE JUAN DE D	IOS SOTO 7	
NUSS:	41/1092822231	Sexo:	Hombre	Localidad:	GINES	CP: 41960	

36	Presc.	Notas	Duración (Inicio/Fin)	Pauta	Fármaco / Dosificación
1 armaci			av prescrinciones actualmente	No.h	
			y prescripciones actualmente.	No h	

Provincia:

SEVILLA

Fig 31.- Pestaña histórico de prescripciones

3.4 Pestaña administración

31/08/2003

F. Nacir

Telefono:

Edad:

En la pestaña administración aparecerán tanto las prescripciones validadas por farmacia como los cuidados que se han prescrito.

antined cion dei Pacienti	e						
C:	1008322	Nº Episodio:	2730570	Paciente:	VICTORIA SÂNCHE	Z VELÁZQUEZ	
ISA:	AN0595999323	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	954		
55:	41/0109886500	Sexo:	Mujer	Localidad:	- CP:	*	
Nacimiento:	14/04/2010	Edad:	0	Provincia:	Desconocido		
Fármaco / Dosificacia INSULINA GLARGINA 10 UI LANTUS PLUMA OF SUBCUTANEA	in N 10 UI TISET	Pauta 6 veces / di 6, 9, 13, 17, Diaria	a 20 Y 24 HORAS	Duración (Inicio/Fin) 24/06/2010 Lleva 91 días	Notas		Administrar Dosis
Realización de cuidados pr	escritos		(*) Valor deshabili	tado (Se recomienda no usarlo)			
THE CONTRACTOR OF A DESCRIPTION OF A DESCRIPANTE A DESCRIPANTE A DESCRIPANTE A DESCRIPTION OF A DESCRIPTIONO	OTRA INTERVENC	IÓN FRECUENCE/	۹	INICIO		FIN	REALIZAR INTERVENCIÓN
PERFIL/INTERVENCIO							

Fig 32.- Pestaña administración

En esta pestaña el usuario podrá registrar la administración de los medicamentos prescritos, así como la realización de las intervenciones, guardando tanto la fecha y hora, como observaciones que puedan surgir en ese momento.

JUNITA DE ANDRILUCIA	Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04/2013	everis
C Intran	et Hospitales Universitarios	Virgen del Rocio. Centro de Documentaci 🗔 🗖 🔀	

Administración de medicación	QUEZ
Administrado por: 12 Duran Freire, Natividad	
Administración: 6 veces / día	
Administración: 17:00 Fecha: 24/09/2010 14 : 14	
Administración: 20:00	
Administración: 24:00 Fecha: 24/09/2010 14 : 14	
Administración: 06:00 Fecha: 24/09/2010 14 : 14	Administrar D
Administración: 09:00	
Administración: 13:00	
Incidencias	
Fecha y hora: 24/09/2010 14 ; 14	
Incidencia: Incidencia 1	v
Aceptar Cancelar	REALIZAR INT

Fig 33.- Cuadro para la administración de la medicación prescrita

	Realiza	ción de cuidados prescritos		
Frecuencia: C/6	h		A	
🗹 Toma	/Administración 1	Fecha: 24/09/2010 14 : 16	0	
Toma	/Administración 2			
🗹 Toma	/Administración 3	Fecha: 24/09/2010 14 ; 16		
🔲 Toma	/Administración 4			Administrar D
Fecha y he	ora: 24/09/20	10 14 : 16		
		Añadir		
	Hora	Incidencia		
	24/09/2010 14:16	Incidencia 1		REALIZAR INTE
3				

Fig 34.- Cuadro para la realización de las intervenciones prescritas

4 Hoja de constantes de Enfermería.

La hoja de constantes se podrá visualizar desde el árbol de historia clínica del paciente, es decir no se podrá crear, es un informe que llega externamente a formar parte de la documentación asociada al paciente.



31/03/1984 SN/ AGUSTIN BALSAMO 31,

11206

Algeciras

Dr Martin

Cádiz

Nombre y Apellidos: N.I.F.; Fecha de Nacimiento:

Dirección

ódigo Postal

ovincia:

Teléfono: Médico de Familia: Centro de Salud As

. Fecha Episodio Unidad Funcional Tipo Episodio Informes y Estudios Secciones Laboratorio Procesos Asistenciales

H. Virgen del Valme

4

Informe de Alta 13/09/2010

Hojas de Consta eticiones Electrónicas

🗯 Hojas Especiales 🖹 🚔 Hojas de Constantes de Enfermería

ia (C

CDCA Tfno: 313301 (de Lunes a Viernes de 8 a 20 horas) Guardia Localizada. Envío de Cor

😔 Internet | Modo protegido: d Fig 35.- Acceso a la hoja de constantes de enfermería

Mediante la hoja de constantes se podrá visualizar gráficamente la evolución una serie de parámetros con respecto al tiempo, teniendo acceso a datos de tiempos de medición, valores obtenidos, etc...

Sevila, Jueves 9 de 5

•
 •
 •

 </



р Hoja de Constantes de Enfermería

del Paciente					
2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDAL	UZ
32	Tipo ingreso:	21	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A	
41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido	CP: 41710
17/07/1996	Edad:	13	Provincia:	SEVILLA	
	del Paciente 2293937 - 41/1068545353 17/07/1996	Version Version 2293937 Nº Episodio: - Tipo ingreso: 41/1058545353 Sexo: 17/07/1996 Edad:	Nº Episodio: 0511237 - Tipo ingreso: - 41/1068545353 Sexo: Mujer 17/07/1996 Edad: 13	Image: system is a	Image: Market

Alergias

a	erg	asv	a	

Gráfica de Constantes



× [IV	¥.

Fig 36.- Hoja de constantes de enfermería





5 Hoja Quirúrgica

EC permite la creación de la Hoja Quirúrgica. Esta hoja puede ser creada tanto a nivel de historia como a nivel de episodio. Para crearla a nivel de episodio debemos seleccionar un episodio de hospitalización. Para crearla a nivel de historia se debe cumplir que no exista un episodio abierto de hospitalización y si un episodio de urgencias abierto.

5.1 Crear una nueva Hoja Quirúrgica

Existen dos posibilidades, dependiendo si la intervención es programada o urgente.

Caso 1: Programada

Las intervenciones programadas se encuentran incluidas en un parte de quirófano; esta acción se realiza desde la **EG**. Gracias a las integraciones que existen entre ambos sistemas, una vez que el paciente se persone en el hospital y se registre el ingreso en la **EG**, aparecerá en el árbol de historia correspondiente una Hoja Quirúrgica provisional con los datos pre-quirúrgicos.



Fig 37.- Datos Pre-Quirúrgicos

Caso 2: Urgente

Si nos encontramos en la situación de una intervención urgente, la creación de la Hoja Quirúrgica se realizará a través del menú Crear de la **EC**, para ello pulsamos en la historia o en el episodio de hospitalización correspondiente, según el caso, seleccionamos el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Hoja Quirúrgica. En este caso los datos prequirúrgicos no aparecerán, ya que no existen.

JUNTA DE ANDRIJICIA	Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04/2013	everis
		Crear Crear	
		Hoja de Interconsulta	
		Hoja de Intervención Social Hoja de Endoscopia	
		Hoja de Preanestesia	
		Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar	
		Hoja de Solicitud Terapéutica	
		Informes de Cardiología	
		Estudio de Hematologia	
		Hoja Anestesia Fuera de Quirófano	
		Estudio de Inmunología	
		Hoja de Tratatamiento Quimioterápico	
		Hoja de Prescripción Facultativa	
		Hoja SAHS	
		Hoja de Seguimiento CPPD	
		Informe de Alta Ostomía	
		Informe de Revision Ostomía	
		Hoja Quirurgica	
		Hoja de Procesos de Enfermeria	

Fig 38.- Creación de Hoja Quirúrgica

Al guardar en versión definitiva, si la hoja no ha sido creada de forma programada, nos aparecerá una ventana con la lista de intervenciones pendientes que tiene el paciente al que se le ha creado la hoja. Seleccionamos las intervenciones que se le han realizado en el proceso quirúrgico y guardamos la hoja.

RDQ.	FECHA ALTA	DIAGNÓSTICOS	PROCEDIMIENTOS
2714378	2010-06-30 00:00:00.0	387.9	19.19
2585466	2010-03-08 00:00:00.0	474.2	21.88
2578586	2010-03-24 00:00:00.0	V25.2	63,73
lementos seleccion 2602718 - 2010-03-23 2577020 - 2010-02-24	ados: 00:00:00.0 00:00:00.0		

Fig 39.- Ventana de procesos quirúrgicos pendientes





Al seleccionar Hoja Quirúrgica nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos.

La hoja está dividida en dos pestañas, una para ser rellenada por el enfermero, y otra por el médico. Cada pestaña contiene dos bloques; uno común, cuya información se mostrará en ambas pestañas, y otro específico para cada usuario. La opción de guardar y recuperar plantillas solo estará disponible en la pestaña del médico y contendrá la información específica de dicha pestaña:

Identificación del Paciente						
NHC:	41949	Nº Episodio:	808523			
NUHSA:	AN0618386216	Tipo ingreso:	Hospitalizacion			
NUSS:	41/0083109814	Sexo:	Mujer			
F. Nacimiento:	12/01/1953	Edad:	59			

Fig 118.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque común





• Bloque común: Este bloque puede ser completado por cualquier usuario que tenga permisos para guardar la hoja quirúrgica.

dentificación de	I Paciente					
	000000	N* Episodio:	9990065484	Paciente:	NOMIRE ARELIDOT ARELIDOD	
	ANO10000000	Tipo ingreso:	Peoplatzación	Domechei	-	
circularitas	19400/1931	Edad:	HQ	Provinciac	Descorsado	
Tables communes of	to ta baia					
vacos comunes e	ne na noga					
Ingreeo;	20/01/201	es un ventor -	Servicio de la	igreso:	Characterization (24, 1999)	
Intervención						
agniósiticos presquinúr	gico					
Diagnosticos						
Descripchie					Cadagoos C2E-9	
xondimientos prequi	ningleo					
Procedimientos						
Descripción					Códigos CEE-0	
spodeticos postquirú	inglices.					
Chagmostico pri	ncipial					
110 - DEF	MATORITOS25					
Diagnósticos						
Aliade Diagnost	ico 🇬					
	Descripchie				Códigus CEE-9	
sufficienties postere	Internet					
Contraction of the second						
Procedimiento	principal					
- 10-0FES	VILLIUMES SURVE LA LENGUA					
Procedimientas						
Añadir Procedim	ento 🐠					
	Descripción				Códigos CIE-9	
Obree:					CONTRACTOR AND A	
eckList de Vertficació	en Quarargica de la OMS:					
Conglimentar						
weet to the second						
second in the later of the						
mas adicionales						

Fig 118.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque común





• Bloque específico de la pestaña "Enfermería": Se agrupan los campos que son propios de completar por el personal de enfermería, si no se tiene el permiso correspondiente para dicho bloque dichos campos aparecerán como deshabilitados.

Fecha Preparación Enformero: Fecha Enicio Ocupación: Fecha Enicio Anestesia: Fecha Enicio Intervención:	34/03/2013 13 : 26 🛄 € 34/03/2013 13 : 26 🛄 €	Fecha Fin Limpiez	a: óm: 31/03/2012	0	
Fecha Inicio Ocupación: Fecha Inicio Anestesia: Fecha Inicio Intervención:	31/00/2013 13 : 26 🗖 €	Fecha Fin Ocupad	óm: 31/03/2012	14 - 00 113 425	
Fecha Inicio Anestesia: Fecha Inicio Intervención:	: 🗖 ©	Route the Annutation		(A. W 00	
Fecha Inicio Intervención:	and the second sec	Fecha Fin Anestes	la:	0	
	30/00/2013 12 : 00 🛄 6	Fecha Fin Interve	eción; 30/03/2012	18 : 30 🛄 🕙	
ispecialistas propulrúrgico					
Wondore			Bol		
apecialistas poetquirúrgico					
Añadir especialistas		Rol: Selectione un volor	Agregat		
Nonibre			Noi		
Aventesia:					
Tipo de anestesia. Sin anolímia [💽					
vofilaxie Antibiotica					
Creción I	Opciones Dis	somhlen	Opciones Seleccionadas Occión 2		
Opolán 3 Opolán 4 Opolán 5 Opolán 7		23 44	Opción 6		
	Otras Opcier	+ todas es No Especificades	- quitar todoi		
Amervaciones de Enformeria:					

Fig 119.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque especifico enfermería





• Bloque específico de la pestaña "Médico": se agrupan los campos que son propios de completar por el personal de facultativo, si no se tiene el permiso correspondiente para dicho bloque dichos campos aparecerán como deshabilitados.

So y Parsdamentios de la int	ervencióe			
cripción de la Intervención				
MACKON1.				
relation			1	
Territoria.				
allarge:				
Decementary.				
Clerim			-	
Tipos de Implante				
	Opciones Disponibles		Opciones Seleccionados Coveradores	a)
	Vähulas	22.7		
		44		
	+ toose Otive Optimies No Especificati	les:	- gutar todos	
renaje:				

JUNITA DE AMDRILUCIA	Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04/2013	everis

		Opciones Disponibles		Opciones Seleccionados		
	Tomillos	-		Generadores	*	
	Válvulas					
			>>			
			<<			
		*				
		+ todos		 quitar todos 		
		Otras Opciones No Especificadas:				
Orenaie:						
Control of the						
lino de intervención:	Manor ®					
Tipo de intervención:	Mayor © Menor *					
Tipo de intervención: Anatomías patolónica	Mayor O Menor *					
Tipo de intervención: Anatomías patológica	Mayor ® Menor ♥					
Tipo de intervención: Anatomías patológica	Mayor © Menor ♥					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento	Mayor © Menor ♥ Is E					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintercención	Mayor © Menor ♥ IS III					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 📑	Mayor © Menor ♥ s = s =					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 📑	Mayor [©] Minor * s =					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 📑	Mayor © Menor *					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 📑 Representación Gráfic	Mayor [©] Minor * s = a: =					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención 📑 Representación Gráfic	Mayor [©] Menor * s at trace the second					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención 📑 Representación Gráfio	Mayor [©] Menor ♥ s ■ s ■					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención 📑 Representación Gráfio	Mayor [©] Menor * s = a:					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor [©] Manor * s = a: tativo:					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención Representación Gráfic servaciones del Facul	Nayor © Menor * s = s = a: = tativo:					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor [©] Manor * s = a: tativo:					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor © Menor * s = s = a: = tativo:					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 🖻 Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor [©] Manor * s = a: E					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención 📑 Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor © Menor * s = s = a: II tativo:					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 🖻 Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor [©] Manor * s = a: E					
Tipo de Intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención 📑 Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor © Menor * s = s = a: 王					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención 🖾 Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor [©] Manor * s = a: E tativo:					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento Reintervención 🖻 Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor © Menor * s = s = a: I					
Tipo de intervención: Anatomías patológica Contaje Instrumento: Reintervención Representación Gráfic servaciones del Facul	Mayor [©] Manor * s = a: E					

Fig 120.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque específico médico



Par poder realizar una versión definitiva de la hoja se deben de haber completado una serie de campos de manera obligatoria:

- Diagnóstico Principal.
- Procedimiento Principal.
- Incluir a un cirujano principal como especialista quirúrgico.

En el caso que al generar una versión definitiva no se haya cumplimentado alguno de los bloques obligatorios de la hoja, se mostrará un mensaje de aviso comunicándole que hay información que no se ha completado. Para guardar la hoja como definitiva se deben guardar ambas pestañas como definitivas.

Dentro de este formulario tenemos botones que nos permitirán realizar tareas como definir a los cirujanos, anestesista, ayudantes,..., añadir procedimientos, desplegar la utilidad de representación gráfica, etc. Estas tareas se muestran a continuación:





5.1.1 <u>Utilidad para definir la fecha y hora de inicio/fin de las tareas asociadas a la intervención</u>

La Hoja Quirúrgica nos permite definir los instantes en los que se inicia/finaliza las distintas tareas como son la hora de inicio/fin de la intervención, la hora de inicio/fin de la ocupación, la hora de preparación de la enfermera/fin de limpieza y la hora de inicio/fin de la anestesia.

Fecha Preparación Enfermero:	28/03/2012	13 : 26 🔝 🕘	Fecha Fin Limpieza:		: 🗾 🙂
Fecha Inicio Ocupación:	28/03/2012	13 : 26 📰 🕘	Fecha Fin Ocupación:	31/03/2012	14:00
Fecha Inicio Anestesia:		: 🗾 🙂	Fecha Fin Anestesia:		: 🗾 🙂
Fecha Inicio Intervención:	30/03/2012	13 : 00 🛄 🤔	Fecha Fin Intervención:	30/03/2012	18 : 30 🔲 🥙

Fig 122.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Fechas

Las fechas que deberán estar cumplimentadas de manera obligatoria son: Fecha Inicio/Fin Ocupación y Fecha Inicio/Fin Intervención.

Se ha establecido una validación al rellenar las fechas, de tal manera que debe ser una fecha con formato y contenido correcto. A su vez se comprueba si las diversas fechas son coherentes entre ellas, si no es así se mostrará un mensaje de aviso. Ej: la fecha de Inicio de Intervención no puede ser anterior a la fecha de Inicio de Ocupación de paciente.

Las fechas introducidas no son coherentes. Por	favor, revise los datos
	Aceptar

5.1.2 <u>Utilidad para definir a los facultativos</u>

La Hoja Quirúrgica nos permite definir a los facultativos que interviene en ella a través de esta utilidad.

Especialistas postquirú	rgico						
Añadir especialistas	ø	Alergia Alergia, Medico	Rol: C	Cirujano Principal 🔹	Agregar	Borrar	
	Nombre			Seleccione un valor Dirujano Principal		Rol	
			A	Anestesista Avudante			
Anestesia:			Ir	nstrumentista Enfermera Circulante			
Tipo de anestesia S	edación	•	E	Enfermera Matrona			
			R	Celador Residente Cirugía			

Fig 122.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Fechas

Seleccionamos al facultativo mediante el buscador genérico de la aplicación, seleccionamos el rol que desempeña el facultativo en la intervención y pulsamos sobre el botón "Agregar".





5.1.3 <u>Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio</u>

La Hoja Quirúrgica nos permite incluir el diagnóstico post-operatorio definido en ella a través de esta utilidad.

Diagnóstico principal		one Diagnosticos		
	Busca	ar porz Código - 11 Buston		
Diagnósticos	1.0	CERMATOFITOSIS	0	
Madir Diagnóstico	110.0	DERMATOFITOSIS DEL CUERO CABELLUDO Y BARBA	۲	
	110.1	DERMATOPITOSIS DE JÑAS	۲	10 F 10
Descripción	1:0.2	DERIMATOFITOSIS DE LA MANO	0	Códigos
tros:	110.3	DERMATOPITOSIS DE INGLE Y ZONA PERIANAL	(?)	
	1:0.4	DERMATOFITOSIS DEL PIE	۲	
	1:0.5	DERMATOFITOSIS CORPORAL	(?)	
	110.5	DERMATOFT OSTS DE ORTGEN IN LERNO	1	
	110.0	DERMATOFITOSIS DE DTROS SITIOS ESPECIFICADOS	(7)	
	110.9	DERMATOR LOSIS DE SELIO SIN ESPECIFICAR	۲	
	111	CTRAS DERMATOMICOSIS Y DERMATOMICOSIS SIN ESPECIFICAR	(?)	
	Elementos	± 2 3 4 5 ∲ ∭ seleccionados:		
	110 - JERM	MICHIUSIS		
	Borrar		Borrar Todo:	

Fig 40.- Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio

5.1.4 Utilidad para Añadir Procedimiento

La Hoja Quirúrgica nos permite añadir el procedimiento definido en ella a través de esta utilidad.

edimientos postquirúrgico	🌮 Sistema Integrado de Documentacion Clínica Avanzada - Windows Internet Exploter	×
Procedimiento principal	Q Seleccione Procedimientos	
I	Buscar por: Códico 🔹 12 Buscar	
Procedimientos Añadir Procedimiento Descripción Otros:	12 OFERACLEOSE IRIS, CUERYO CLIAL, ESCIELOTICA Y CAMADA, ANTERIO (7) 11.0 ENTRACECIO NUERPO ETINISO INTUACIUMA, ESCIENTERION DEL DO (7) 12.00 DITRACECIO NUERPO ETINISO INTUACIUMA, ESCIENTERION DEL DO (7) 12.00 DITRACECIO NUERPO ETINISO CIDI, CEGNANTICELO DO, N.C.O.N. (7) 12.01 ENTRACECIO LUERPO OTRI NITRACCEDI, CEGNANTICELO DO, N.C.O.N. (7) 12.02 ENTRACE CUERPO OTRI NITRACCEDI, CEGNANTICELO DE DIAN. (7) 12.02 ENTRACE CUERPO OTRI NITRACCEDI, SEN ANTICOLO SIN DIPLEO DE DIAN. (7) 12.01 REDOTORIA E REDECTORIA SINPLE (7) 12.11 REDOTORIA CON TRAVENDON. (7) 12.2.2 OTRA IRTICITARIA (7) 12.2.3 PREDOTORIA CON TRAVENDON. (7) 12.1.1 REDOTORIA CON TRAVENDON. (7) 12.2.3 PREDOTORIA CON TRAVENDON. (7) 12.3.4 PREDOTORIA PRIMERIANO. (7) 12.3.7 PREDOTORIA DI SEGNARIZZO (7) 12.3 PREDOTORIA DI SEGNARIZZO (7) 12.4 OTRIA INTROTTORIA (7)	Códigos CIE

Fig 41.- Utilidad para Añadir Procedimiento





5.1.5 Utilidad para la representación gráfica

La Hoja Quirúrgica nos permite realizar una representación gráfica del proceso definido en ella a través de esta utilidad.



Fig 42.- Utilidad para la representación gráfica

5.1.6 <u>Utilidad CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS:</u>

La Hoja Quirúrgica nos permite realizar una validación, mediante una lista de ítem a tener en cuenta en toda intervención.

<u>e</u>	iistema Integrado de Documentacion Clinica Avanzada - Microsoft Internet Explorer proporcionado por Everis Spain
	CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS
	Antes de la inducción de la anestesia (con el enfermero y el anestesista como mínimo)
Representación Gráfica: 🗄	In Si
-	¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
Observaciones:	Ç si
	C No procede
	¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
	⊑ s
	¿Se ha colocado el pulsioximetro al paciente y funciona?
	∏ si
CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS:	cTiene el padente
Cumplimentar	Alergias conocidas?
	CiNo
Firmas adicionales	C s
	Via aérea difici / riesgo de aspiración?
	C Na
	C Si, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

Fig 43.- Checklist de verificación quirúrgica





5.1.7 <u>No Realización de Intervención:</u>

Se ha incluido en la hoja Quirúrgica la opción de indica que dicha intervención no se va a realizar. En el caso de seleccionarse dicha opción, también se deben indicar el motivo y el destino del paciente tras la suspensión.

No Realización Intervención 🗹		Motivo Suspensión Intervención:	Usuario no preparado para la intervención 💌
Destino tras Suspensión:	Planta 🔻		

En el caso que se realice la intervención y se vaya a guardar la hoja de manera definitiva, se le mostrará al usuario un aviso indicándole que el paciente será dado de baja en AGD para dicha intervención.



En el caso que se desee una versionar una hoja que se encuentre en estado definitivo, si aparece en dicha hoja que la intervención se ha realizado, la opción de marcar el check de 'No Realización Intervención' debe aparecer deshabilitado, ya que dicha intervención se ha dado de baja en AGD.

No Realización Intervención 📃

6 Hoja de Preanestesia

EC permite la creación de la Hoja de Preanestesia. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio de Hospitalización.

6.1 Crear una nueva Hoja de Preanestesia

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Hoja de Preanestesia.

JUNTIA DE ANDALUCIA	Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04	4/2013
		🖹 Crear 🕨 🔍 Visualizar 🛃 Asociar 🕨 📝	Ger
		Hoja de Anamnesis	*
		Hoja de Evolución y Curso Clínico	
		Informe de Alta	
		Informe de Éxitus	
		Informe de Traslado	
		Hoja de Traumatología	
		Informe de Monitorización Farmacocinétic	а
		Hoja de Interconsulta	4
		Hoja de Intervención Social	
		Hoja de Endoscopia	
		Hoja de Preanestesia	
		Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar	
		Hoja de Solicitud Terapéutica	
		Informes de Cardiología	•
		Estudio de Hematologia	
		Hoja Anestesia Fuera de Quirófano	
		Estudio de Inmunología	•
		Hoja de Tratatamiento Quimioterápico	
		Hoja de Prescripción Facultativa	
		Hoja SAHS	
		Hoja de Seguimiento CPPD	
		Informe de Alta Ostomía	
		Informe de Revision Ostomía	

Fig 44.- Creación de Hoja de Preanestesia

Al seleccionar Hoja de Preanestesia nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos.





Tiempo de inactividad: 00:27	7:39						
Servicio And	daluz de Salud					HH UU Virgen del	Rocio
JUNIA DE ANDAUXIA CONSEJER	NA DE SALUD				Endocrinolo	gia (Endocrinologia (Hospital de Especialidades Virgen d	le Valme))
Hoia de Prean	estesia (PROVISIO	NAL)					
Identificación del Dacien	to						
Identification del Pacien	terre	and the state of the	(Januar)			1 770 1 1 10 1	
NHC: NUHSA:	43668 AN0182643119	Nº Episodio: Tipo ingreso:	1/72 Hospitalizacion	Domici	e: BEATRIZ MORF	6.41	
NUSS:	14/1018885148	Sexo:	Mujer	Localid	ad: Córdoba	CP: 14005	
F. Nacimiento:	22/10/1981	Edad:	28	Provinc	ia: Córdoba		
Telefono:	957236966						
Datos de la hoja							
Fecha Ingreso:	17/09/2010		N. Preoperatorio:				
Frocedencia:	27/09/2010		Contro Hospitalario:	Seleccione un valor			
Periodo de Validez:	Seleccione un valor		Cama:	105-1	1.0		
	accessive an root [555. ft.			
Diagnósticos CIE9:							
1							
Barrar		- Borrar Todos					
Procedimiento o Interven	ción propuesta:						
The de taken sector							
npo de intervención:							
Procedimientos CIE9:	Q.						
1							
- Borrar		- Borrar Todos					
Antecedentes Familiares							
Antecedences rammares							
Antecedentes Personales							
✓ Alergias	⊙ si	O No					
Alimentarias							
E Farmacológicas							
🗍 Ácaros/Polen/Estacio	onal						
Latex							
Ctros							
	_						

Fig 45.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 1





find construct In the construct with a field			
Instant Instant	Tabaquismo	⊚ 5i () No	
	 Ex fumador Fumador 		Seleccione un valor 💌 Seleccione un valor 💌
i i biologi i i biologi i i biologi i i biologi i biologi </td <td>Alcohol</td> <td>🖲 Si 🔿 No</td> <td></td>	Alcohol	🖲 Si 🔿 No	
0 m 0 m 0 m 0 m 0 1 m m m m m m m m m m m m m m m m m m m	 Ex bebedor Bebedor 		Seleccone un valor 💌 Seleccone un valor 💌
<pre> renta parentaria renta a relación de la sociadar o si o no renta a relación de la sociadar o si o no renta relación de la sociadar o si no renta relación de la sociadare de</pre>	Otros	③ 5i ○ No	
Improvedede asocidative Improvedede asocidative	Heroina parenteral Heroina inhalada Cocaina Éxtasis/anfetaminas Otras		
	Enfermedades asociadas		⊛ sí © tio
	Dbesidad		
 □ Babetes Helltus □ Gardiovasculares □ Gardiovasculares<td>Dislipemia</td><td></td><td></td>	Dislipemia		
Cardiovasculares Cardi	Diabetes Mellitus		
I Reunológicas Digestivo I Infecciosos Reunoles I Reunológicas I Reunológicas <td>Cardiovasculares</td> <td></td> <td></td>	Cardiovasculares		
	Neumológicas		
Infecciose	Digestivo		
	Infecciosos		
 teurológicas Endocrinológicas Hematológicas Reumatológicas oncológicas oncológicas Psiquiátricas Obstetricia Otra enfermedad asociada / Comentarios 	Renales		
	Neurológicas		
Hematológicas oncológicas oncológicas Psiquitricas obstetricia Otra enfermedad asociada / Comentarios Patologia Perinatal Image: Stand	Endocrinológicas		
	Hematológicas		
	Reumatológicas		
	Oncológicas		
Obstetricia Ob	Psiquiátricas		
□ Otra enfermedad asociada / Comentarios ☑ Patología Perinatal ③ Sí ○ No	Obstetricia		
Patología Perimatal	Otra enfermedad asocia	ada / Comentari	85
	🗹 Patología Perinatal		⊙ si ⊖ Ho

Fig 46.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 2

JUNTA DE ANDALUCIA	cio Andaluz de Salud ISEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalización: 10/04/2013	ev
☑ Antecedentes quirúrgicos	⊙ Sí ○ No		
Tipo de anestesia:	Seleccione un valor		

	5 54 5 HO			
Tipo de anestesia:	Seleccione un valor 💌			
Intervención:				
Complicaciones:	Seleccione un valor			
			Agregar Intervención	
	Tipo d	e anestesia	Intervención	Complicaciones
		Aúr	no se ha registrado ningún antecedente quirurgico.	
stamiento Actual				
loración Física	Cin hallargos encontr	ador		
	La Jan nonozyos circontr			
Constantes vitales				
Peso (kg):	Talla. (m):	IMC (kg	/(m²): -	
Presión arterial:	Frecuencia cardiaca:			
W		-		
Estado general		Normal		
- Impresión clínica:		Aceptable	Seleccionados	
		Malo Regular	• <<	
- Nivel de conciencia:		Seleccione un valor	8	
		Disponibles	Seleccionados	
- Dificultades de relación:		Demencia Escasa relación con el meo	io	
		1 aproximation		
		Disponibles	Seleccionados	
- Actitud:		Ansioso Colaborador Desconfado	>> <<	
Coloración piole		Colorsiono un valor 💌	2	
- Coloración piel.		Selectione un valor		
- Temperatura:		Seleccione un valor		
- Nutrición:		Seleccione un valor		
- Observaciones:	I.			
Construction of the second strategy				
Via aérea		Normal		
Mallampati				
Apertura oral			Seleccione un valor 💌	
DTM			cm	
Test de mordida				
Extensión cervical			Limitada	
Retrognatia			- The second sec	
Rectognatia				
M company and any de				
Le Cormack previo				
177				

Fig 47.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 3

JUNIA DE AMDALUCIA	Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Esta Mar Fec
--------------------	--	--------------------



Dentición	Normal			
	Disponibles Seleccio	nados		
✓ Prótesis	Fija - Inferior Fija - Superior >> Movil - Inferior			
V Piezas móviles				
Diente centinela				
✓ Séptica				
☑ Otros				
] Cabeza y cuello				
Auscultación cardiorespiratoria				
Tórax				
Abdomen				
Región dorsolumbar				
Extremidades				
Otro Evolution / Competitution				
Complementarias				
EKG				
Ry Tóray				
Prochas funcionales Desouratorias				
Cateterismo cardiaco				
Otra Brucha Complementaria / Complementaria				
🗆 vua erueoa complementaria / Comentarios				
ión del Riesgo				
A: I 💌 🗌 Emerger	icia	NYHA:	1	
ciones Preoperatorias				
Premedicación anestésica	Seleccione un valor			mg.
			Horanio: Seleccione un valor	
Tratamiento por vía				ma.
Tratamiento por via				
Tratamiento por via ATB endocarditis Tratamiento por via			Horario: Seleccione un valor	
Tratamiento por via Tratamiento por via Tratamiento por via Triatorcortisona	mg.		Horario: Seleccione un valor	•
Tratamiento por via Tratamiento por via Tratamiento por via Hidrocortisona Tratamiento por via Intramuscular	mg.		Horario: Seleccione un valor Horario: Seleccione un valor	

Fig 48.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 4

a de andalucia	Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Estación Clínica Manual de Usuario Fecha de finalizació	in: 10/04/2013	everis
Profilaxis ale	rgia látex			
Dexclorfenir	amina	mg.		
Tratamient	to por via Seleccione un valor		Horario: Seleccione un valor	
Ranitidina		mg.		
Tratamient	to por via Otros		Horario: Seleccione un valor	
Omeprazol		mg.		
Tratamient	to por via		Horario: Seleccione un valor	
🗹 Otra Prescrip	oción / Comentarios			
		10		
Consentimie Reserva can Reserva hen Robable vía Reserva fibri Preparación Recomendac Solicitar al in Revisión por Posible difice Otros	nto firmado na en UCI noderivados áerea dificil obroncoscopia para intervención quirófano libre látex y programación a primer da profilacis endocarditis igreso Anestesia al ingreso iltad de canulación Venosa	a hora		
Anestesiólogo:		2		
Decisión ante la i	intervención: Selecc	ione un valor	and a second sec	
Observación:			0	
		Agregar Decisión		
	Anestesiólogo Fé	ccha revisión Decisión Aún no se han registrado decis	sones.	Observación

Fig 49.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 5

Dentro de este formulario tenemos botones que nos permitirán realizar tareas como definir anestesiólogo o agregar intervenciones. Estas tareas se muestran a continuación:





6.1.1 <u>Utilidad para definir anestesiólogo</u>

La Hoja de Preanestesia nos permite definir al anestesiólogo, y sus decisiones, que interviene en ella a través de esta utilidad.

Solicitar al ingreso iempo de inactividad: 00:26:11				A CONTRACT OF A
Tempo de inactividad: 00:26:11		<u>.</u>	Sistema Integrado de Documei	ntación cilnica Avanzada - Windo 🚆
		(2)	http://emdae-pre.diraya-copia.sspa.junt-	a-andalucia.es/sidca/firma?pushHistorico=no&accio
Revisión por Anestesia al ingreso			Seleccione Facultativo	\sim
Posible dificultad de canulación Venosa				
Otros			Ter er er er	
			Alergia Alergia, Medico Arriaza Posada, Juan German Umbria Cañada, Guadalupe	
		-		
Anestesiólogo:				
Decisión ante la intervención:	Pendiente de completar estudio 💽 Selec	ccione un valor		
Observación:				
	C	Agregar Decisión	l	
		Listo		😜 Internet 🔍 100%
Anestesiólogo	Fecha revisión	Decisión	Ot	oservación
Philesteshologo				

Fig 50.- Utilidad para definir anestesiólogo

6.1.2 Utilidad para Agregar Intervención

La Hoja de Preanestesia nos permite agregar las intervenciones que intervienen en ella a través de esta utilidad.

Antecedentes quirúrgicos			
Tipo de anestesia:	ALR 💦		
Intervención:	Γ		
Complicaciones:		regar Intervención	
	Tipo de anestesia	Intervención	Complicaciones
	Aún no se ha regi	trado ningún antecedente quirurgico.	

Fig 51.- Utilidad para Agregar Intervención