



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Estación Clínica Manual de Usuario

Versión: v03.r18
Fecha: 19/03/2014

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	03. Documentación Clínica Básica.docx		
Autor	everis		
Versión/Edición	v03.r18	Fecha Versión	19/03/2014
Aprobado por		Fecha Aprobación	
		Nº Total Páginas	57

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 septiembre 2010
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



Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
V03.r06	Actualización del Manual	everis	12 Abril 2012
V03.r07	Actualización del Manual	everis	24 Abril 2012
V03.r08	Actualización del Manual	everis	31 Agosto 2012
V03.r09	Actualización del Manual	everis	20 Noviembre 2012
V03.r14	Actualización del Manual	everis	21 Marzo 2013
V03.r15	Actualización del Manual	everis	10 Abril 2013
V03.r17	Actualización del Manual	everis	15 Octubre 2013
V03.r18	Actualización del Manual	everis	19 Marzo 2014

ÍNDICE

1.	Informes de Alta	6
1.1	Crear un Informe de Alta	6
1.2	Formulario Estándar del Informe de Alta	8
1.3	Informe de Alta Definitivo.....	11
1.4	Crear Versiones de Informes de Alta	11
1.5	Creación de Plantillas para un Informe de Alta	12
1.6	Impresión y Previsualización	12
2.	Hoja de Anamnesis.....	14
2.1	Creación de la Hoja de Anamnesis	15
2.2	Guardar Hoja de Anamnesis	19
2.3	Impresión y Previsualización	22
2.4	Versionar.....	23
2.5	Plantillas.....	23
3.	Hoja de Evolución	24
3.1	Creación de una Hoja de Evolución.....	24
3.2	Acceso a una Hoja de Evolución	26
3.3	Reutilización de la Información de una Hoja de Evolución	29
3.4	Impresión de una Hoja de Evolución	31
3.5	Generación de un informe de consulta.....	32
3.6	Trabajar con Plantillas en una Hoja de Evolución	32
4.	Informe de Traslado	33
4.1	Crear Informes de Traslado.....	34
4.2	Crear Versiones de Informes de Traslado	35
4.3	Formulario Estándar de Informe de Traslado	35
4.4	Informe de Traslado Definitivo.....	38
4.5	Creación de Plantillas para un Informe de Traslado	38
5.	Informe de Exitus	38
5.1	Creación del informe de Exitus.....	39
5.2	Guardar Informe de Exitus.....	47
5.3	Impresión y Previsualización	49



5.4	Versionar	51
5.5	Plantillas	51
6.	Informe de Consulta	53
6.1	Creación del Informe de Consulta	53
6.2	Formulario estándar de un Informe de Consulta	55
6.3	Guardar un Informe de Consulta	58
6.4	Impresión y Previsualización	59
6.5	Guardar Plantilla	60
6.6	Circuito Consultas Externas	60

1. Informes de Alta

Todo Episodio Clínico, esté abierto (en **verde**) o cerrado (en **negro**) y salvo excepciones, tendrá asociado un único informe de alta. Dicho informe estará en situación de:

- Provisional (en **verde**), cuando se ha elaborado el informe y está pendiente del resultado de estudios complementarios, revisión por parte del médico, etc.
- Definitivo (en **negro**), cuando el médico válida (mediante la introducción del identificador de usuario y su contraseña) el informe. En cualquier caso, se permite la creación versiones de los informes en estado definitivo.

1.1 Crear un Informe de Alta

Hay varias opciones posibles para crear un informe de alta:

-  Ventana Detalle del Episodio Clínico o Ventana de Detalle de la Historia Clínica:

Menú Anexar – opción Informe de Alta

En el caso de Episodios, este menú solamente estará habilitado cuando el episodio en cuestión no tenga asociado ningún Informe de Alta.

-  Ventana Detalle del Episodio Clínico: Menú Crear – opción Informe de Alta. Este menú solamente estará habilitado para aquellos Episodios que no tengan asociado ningún Informe de Alta.

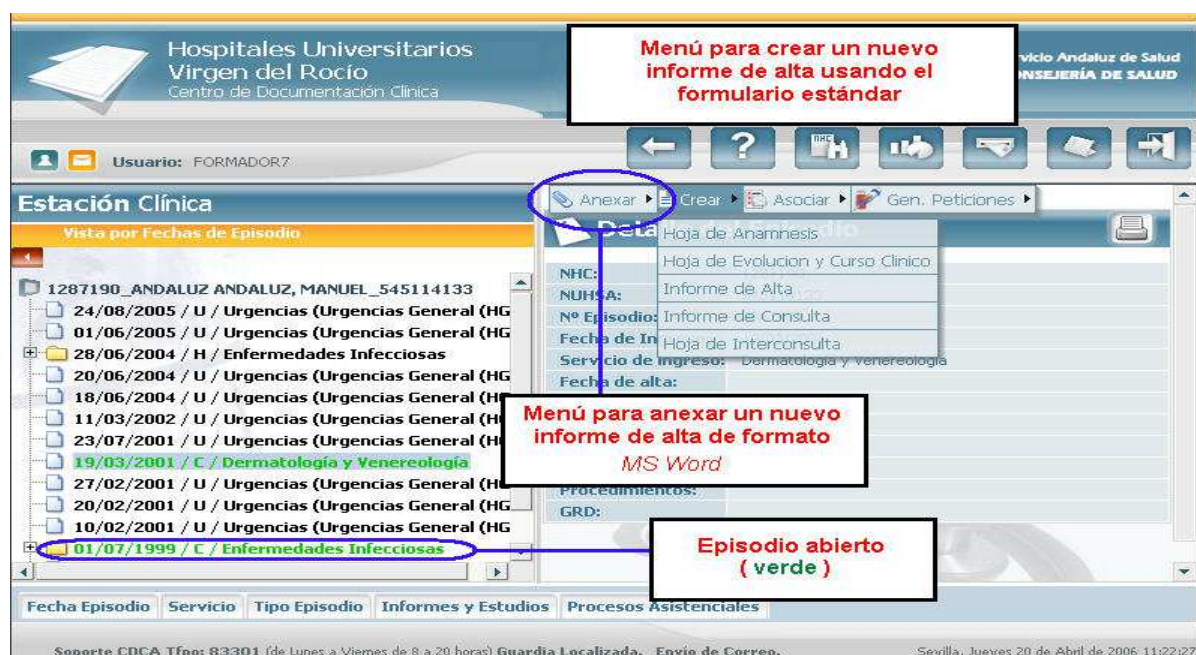


Fig 1.- Distribución de la pantalla de historia del paciente

- En el caso de pulsar el menú 'Crear', se abrirá en el área derecha del cuerpo de la aplicación el formulario estándar del informe de alta.

Además, cuando indicamos que deseamos crear un informe de alta el sistema nos preguntará si deseamos incluir la información referente a la hoja de evolución y de anamnesis. En caso de querer incluir dicha información deberemos seleccionar los check box y pulsar Si. En el caso de que no deseemos incluir ninguna de las dos pulsaremos No.

¿Desea recuperar la información contenida en los siguientes documentos?

☐ Hoja de Evolución

☐ Hoja de Anamnesis

SI NO

En este formulario el usuario podrá introducir la información deseada y guardar el informe como provisional (botón Versión Provisional) o definitivo (botón Versión Definitiva).

Para guardar el informe, ya sea como provisional o como definitivo, la aplicación solicitará la autenticación del usuario (ver epígrafe 2.5.2). Únicamente los usuarios con perfil Médico tendrán autoridad guardar Versiones Definitivas de Informes de Alta. Los

que tengan perfil de Administrativo tendrán autoridad para guardar Versiones Provisionales de Informes de Alta, pero no podrán hacerlos definitivos.

- Si se pulsa el menú 'Anexar', se permitirá añadir como informe de alta un archivo en formato MS Word.

Como se indicó anteriormente, los Informes de Alta que hayan sido creados con el formulario estándar podrán estar en uno de los siguientes estados:

➤ Provisional (color verde) que se podrá volver a editar para ser modificado:	
➤ Definitivo (color negro) que no se podrá modificar, pero si guardar diferentes versiones.	

Al igual que en el caso de los informes de consulta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 20 minutos.

1.2 Formulario Estándar del Informe de Alta

EC permite crear versiones de los informes de Alta publicados. Para ello existirá el icono  en la esquina superior derecha del informe definitivo. Esta funcionalidad únicamente estará disponible en la última versión del informe y no en versiones antiguas, es decir, sólo se podrán realizar nuevas versiones a partir de la última versión.

Al pulsar sobre este icono se abrirá un formulario con los datos de la última versión. Dicho formulario será igual que el estándar de Informe de Alta, salvo que los botones de Versión Provisional y Versión Definitiva son sustituidos por un único botón de Guardar Versión. Una vez realizadas las modificaciones deseadas podrá crearse una nueva versión pulsando el mencionado botón Guardar Versión.

La aplicación solicitará entonces la autenticación del usuario, siendo necesario que éste tenga el perfil de Médico para poder generar una nueva versión.

No existe limitación en el número de versiones que se pueden generar a un informe. Las versiones anteriores se podrán visualizar mediante el icono  y las posteriores con el icono .



Informe de Alta de Consultas (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	1287190	Nº Episodio:	0067479	Paciente:	MANUEL ANDALUZ ANDALUZ		
NUHSA:	545114133	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	RONDA DE CAPUCHINO Nº17, 6º2		
F. Nacimiento:	24/04/1971	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA	CP:	41008
				Provincia:	SEVILLA		

Datos del informe

Fecha Ingreso: 19/03/2001 Fecha Alta: [icono de calendario]

Procedencia: Dermatología y Venereología Destino: [icono de calendario]

Motivo de consulta

Antecedentes

Familiares: [icono de calendario]

Personales: [icono de calendario]

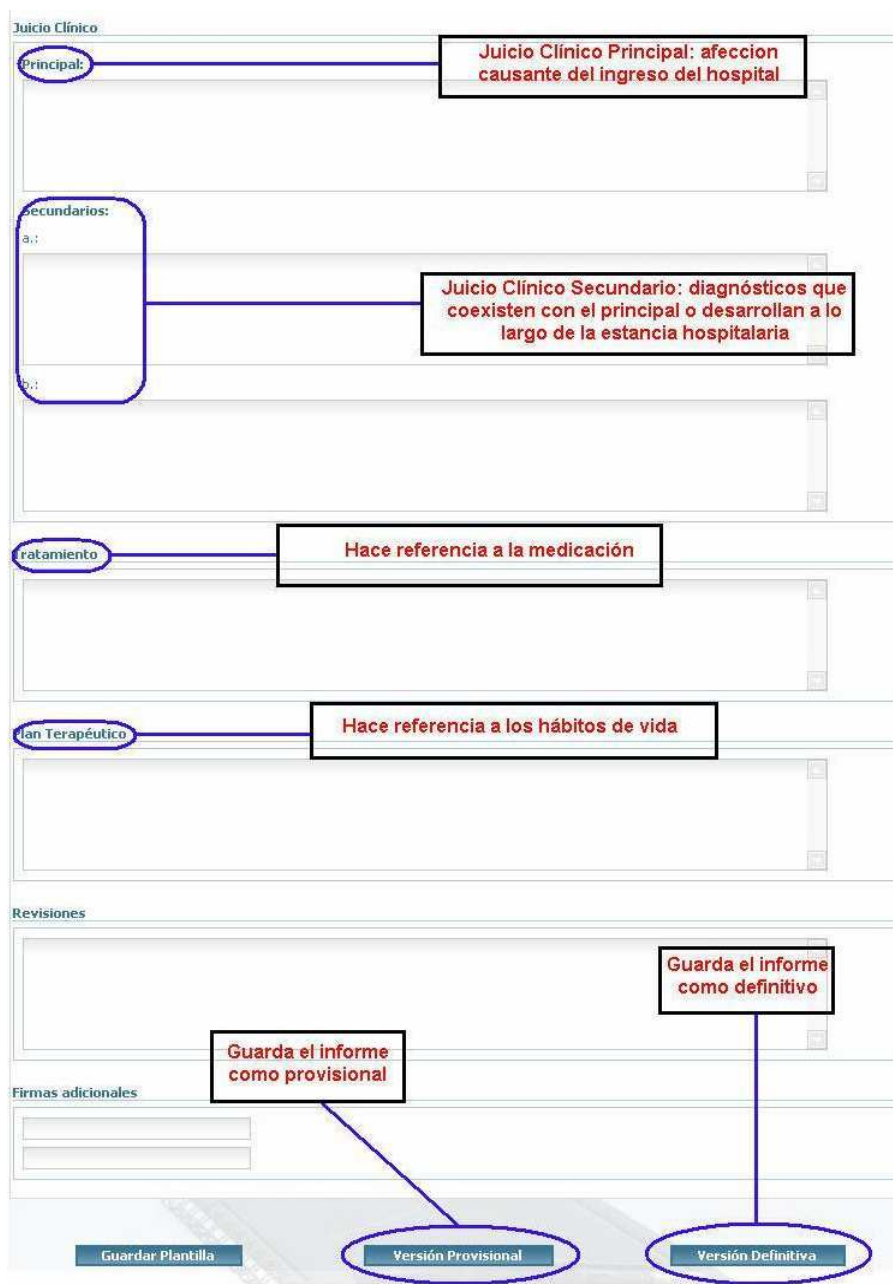
Antecedentes del paciente (información heredada del último informe publicado para dicho paciente)

Destino del paciente (por ejemplo, domicilio u Hospitalización)

Tiempo de inactividad: 00:19:36

Tiempo que resta para la desconexión del sistema (mientras no se guarde el informe)

Fig 2.- Formulario Estándar del Informe de Alta parte 1



The form is divided into several sections, each with a specific purpose as indicated by the annotations:

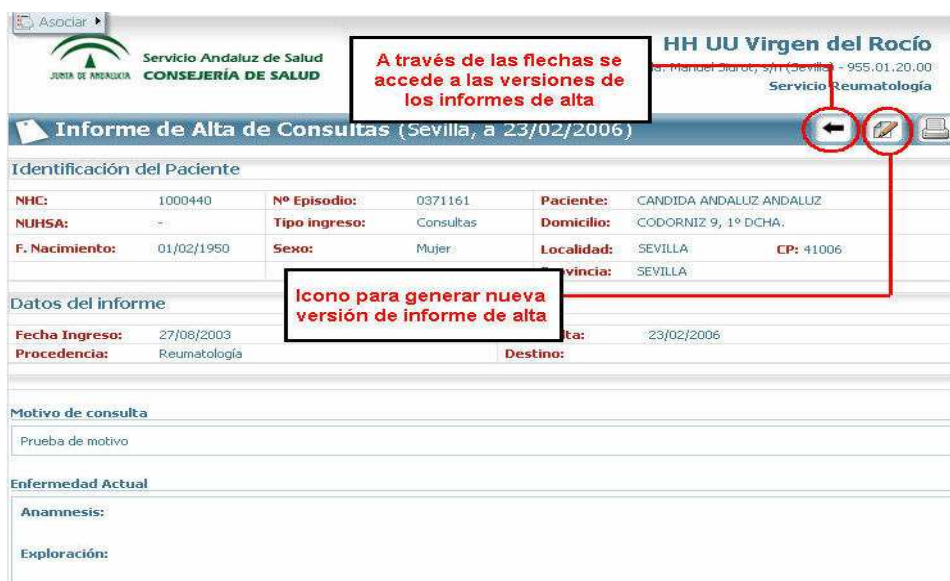
- Juicio Clínico:**
 - Principal:** Annotates to "Juicio Clínico Principal: afección causante del ingreso del hospital".
 - Secundarios:** Annotates to "Juicio Clínico Secundario: diagnósticos que coexisten con el principal o desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria".
- Tratamiento:** Annotates to "Hace referencia a la medicación".
- Plan Terapéutico:** Annotates to "Hace referencia a los hábitos de vida".
- Revisiones:** Contains a text area for revisions.
- Firmas adicionales:** Contains two signature lines.
- Buttons at the bottom:**
 - Guardar Plantilla:** The first button on the left.
 - Versión Provisional:** Annotates to "Guarda el informe como provisional".
 - Versión Definitiva:** Annotates to "Guarda el informe como definitivo".

Fig 3.- Formulario Estándar del Informe de Alta parte 2

1.3 Informe de Alta Definitivo

El formulario estándar de Informe de Alta de la aplicación se mostrará al consultar informes en estado provisional o bien al crear uno nuevo.

Su estructura es la siguiente:



Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

HH UU Virgen del Rocío
C/ Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Servicio Reumatología

Informe de Alta de Consultas (Sevilla, a 23/02/2006)

Identificación del Paciente

NHC:	1000440	Nº Episodio:	0371161	Paciente:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ
NUHA:	-	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA CP: 41006
				Provincia:	SEVILLA

Datos del informe

Fecha Ingreso:	27/08/2003	Fecha Alta:	23/02/2006
Procedencia:	Reumatología	Destino:	

Motivo de consulta

Prueba de motivo

Enfermedad Actual

Anamnesis:

Exploración:

Fig 4.- Detalle de Informe de Alta Definitivo

1.4 Crear Versiones de Informes de Alta

El Informe de Alta tiene la posibilidad hacer uso del versionado. De esta forma se facilita la labor del facultativo, ya que será posible corregir o ampliar los datos de un informe después de que este haya sido guardado como definitivo. Un punto importante a tener en cuenta es que siempre la versión primitiva perdurará guardada, de forma que podremos visualizar sus datos en cualquier momento.

Si se consulta un Informe de Alta anexo como un documento MS Word, se abrirá el dicho documento en el área derecha del cuerpo de la aplicación tal y como se anexó. Si quiere más información puede ir al capítulo 28 Trabajar con Versiones.

1.5 Creación de Plantillas para un Informe de Alta

Para facilitar la labor del facultativo, **EC** nos da la posibilidad de hacer uso de plantillas, de forma que se puede utilizar para recuperar información usada frecuentemente de un Informe de Alta. Este manual **EC** explica este apartado en un capítulo aparte, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** Trabajar con Plantillas.

1.6 Impresión y Previsualización

El Informe de Alta permite la impresión del informe presentada en pantalla, así como la visualización previa antes de imprimirlo para revisar los detalles.

1.6.1 Impresión

Si se desea imprimir el Informe de Alta cuando se encuentra en estado definitivo deberemos usar el icono que se encuentra en la parte superior derecha del informe. Al pulsar este icono aparecerá una pantalla donde se podrá elegir entre previsualizar en formato PDF o en formato WEB.



Fig 5.- Ventana de impresión de documentos definitivos

A continuación se muestra un ejemplo de impresión de Informe de Alta:

Hospital Universitario Virgen Macarena

Avenida Doctor Fedriani, nº 3
Unidad de Ginecología

20/01/2011

INFORME DE ALTA

Paciente: Adriane Lima	Sexo: F	F. Nacimiento: 18/02/1989
Domicilio: Avd/ El rey nº15	NHC: 9999	NUHSA: AN9999999
Episodio: 123456	Procedencia: Ginecología	Tipo Ingreso: Hospitalización
F. Ingreso: 18/01/2011	Destino: Urgencias H. Maternal	
F. Alta: 20/01/2011		

Motivo de Ingreso
MOTIVO DE INGRESO:
- Contracciones

ANTECEDENTES PERSONALES:
Grupo0 Rh+

- Intervenciones: No refiere.

- Alergia a medicamentos: No conoce.

- Enfermedades: No padece.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
- G:2 P:1

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
- Parto Instrumental: Forceps para abreviar expulsivo.

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS:
- EGB desconocido.

PROCEDIMIENTOS:
- Asistencia al parto - Instrumental - A. Epidural: SI

OTROS PROCEDIMIENTOS:
- Analítica

- Monitorización fetal

- Tratamiento antibiótico: Profilaxis EGB.

- Ecografía 30 semanas

FECHA DEL PARTO: - 18-01-2011 a las 10.40h.

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:
* SEXO: M * Grupo Rh: + * PESO: 3.833g * APGAR: 10-10 * Sem. de Gestación: 39

RECOMENDACIONES AL ALTA:
- Tratamiento con hierro: 1 comp. diario- 40 días

- Contactar con atención primaria para seguimiento.

Fdo.: Dr./Dra

1.6.2 Previsualizar

Si se desea imprimir el Informe de Alta, cuando aún se encuentra en estado provisional



deberemos usar el icono que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja. Al pulsar este icono se mostrará una pantalla que permitirá elegir entre previsualizar en formato **PDF** o en formato **WEB**.



Fig 6.- Ventana de previsualización de documentos provisionales

2. Hoja de Anamnesis

En la Hoja de Anamnesis se recogen los datos del paciente y de sus enfermedades obtenidos a partir del interrogatorio del médico y la exploración física. En base a ambas –anamnesis y exploración– se establece la historia del paciente, cuyo valor es básico para establecer el diagnóstico y la indicación de tratamiento.

La Hoja se encuentra dividida en siete secciones. Éstas son las siguientes: Motivo de consulta, Antecedentes, Enfermedad Actual, Exploración Física, Juicio Clínico, Plan Terapéutico y Firmas adicionales.

La Hoja de Anamnesis podrá estar almacenada como provisional o definitiva, viéndose de diferente color en el árbol de ficheros situado a la izquierda de la pantalla: de color **verde** si se encuentra almacenada como provisional o en color **negro** si se encuentra almacenada como definitiva. Al hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre de la Hoja de Anamnesis ésta se abrirá a la derecha de la pantalla.



2.1 Creación de la Hoja de Anamnesis

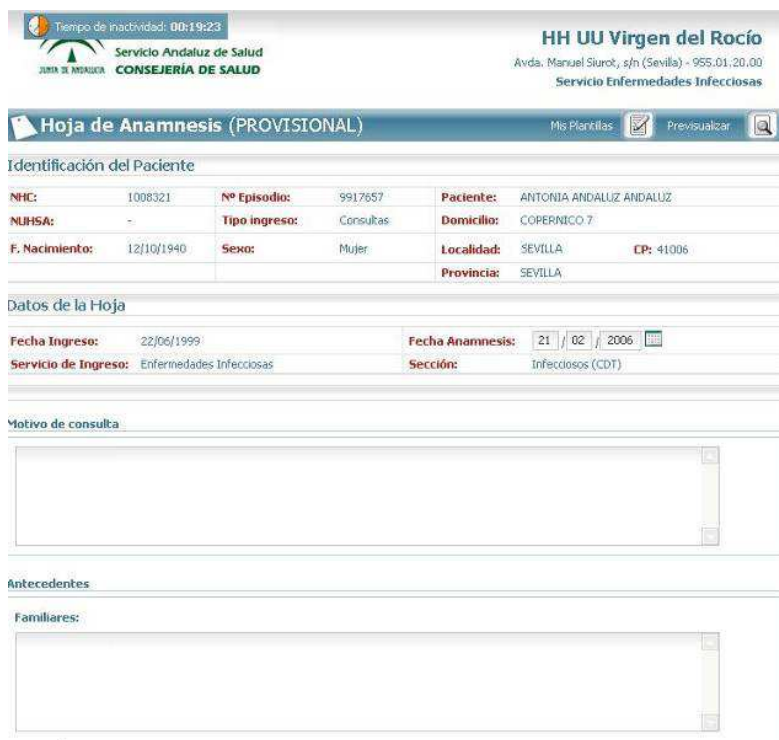
La Hoja de Anamnesis se puede crear **en cualquier tipo de episodio**. Pero **sólo** se puede crear **UNA** Hoja de Anamnesis por episodio. Para la creación de una nueva hoja además de no existir una creada deberemos hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones. Eligiendo la opción "**Crear**" aparecerá otro menú, esta vez desplegable. En este menú entre otras opciones se encuentra la de creación de "**Hoja de Anamnesis**". Si ya existiera una hoja de anamnesis en el episodio no saldría la opción de "**Hoja de Anamnesis**" en el menú "Crear".



Fig 7.- Creación de la hoja de anamnesis

A esta acción le seguirá la creación de una Hoja de Anamnesis en **blanco**, lista para añadirle información. Es importante reseñar que al crear una Hoja de Anamnesis ésta incorporará los antecedentes del paciente. Éstos son los datos recogidos en el **último** informe de **alta**, o **consulta**, o **traslado**.

En esta ilustración se puede ver parte de una hoja recién creada:



Tempo de inactividad: 00:19:23

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Servicio Enfermedades Infecciosas

Hoja de Anamnesis (PROVISIONAL) Mis Plantillas Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1008321	Nº Episodio:	9917657	Paciente:	ANTONIA ANDALUZ ANDALUZ
NUHA:	-	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	COPERNICO 7
F. Nacimiento:	12/10/1940	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA CP: 41006
		Provincia:	SEVILLA		

Datos de la Hoja

Fecha Ingreso:	22/06/1999	Fecha Anamnesis:	21 / 02 / 2006
Servicio de Ingreso:	Enfermedades Infecciosas	Sección:	Infecciosos (CDT)

Motivo de consulta

Antecedentes

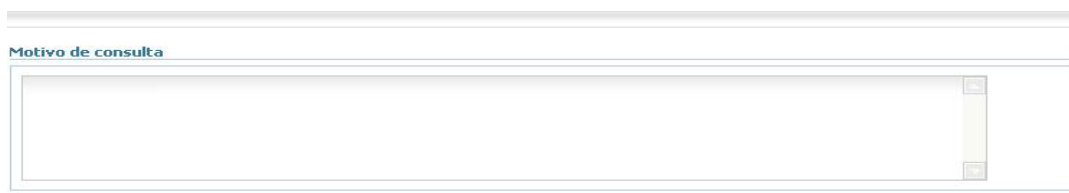
Familiares:

Fig 8.- Hoja de anamnesis

2.1.1 Motivo de Consulta

El primer apartado es el de "**Motivo de Consulta**". Consiste en un cuadro de texto donde se introducirán los motivos por los que el paciente acude a la consulta.

A continuación se muestra el cuadro donde se insertará el texto.



Motivo de consulta

Fig 9.- Motivo de consulta

2.1.2 Antecedentes

El apartado "**Antecedentes**" se divide en dos subapartados: los antecedentes "Familiares" y los "Personales".

En el subapartado "Familiares" se introducirán los datos relacionados con al ámbito familiar del paciente.

En el subapartado "Personales" se introducirán los datos personales del paciente.

A continuación se muestran los cuadros para insertar la información.

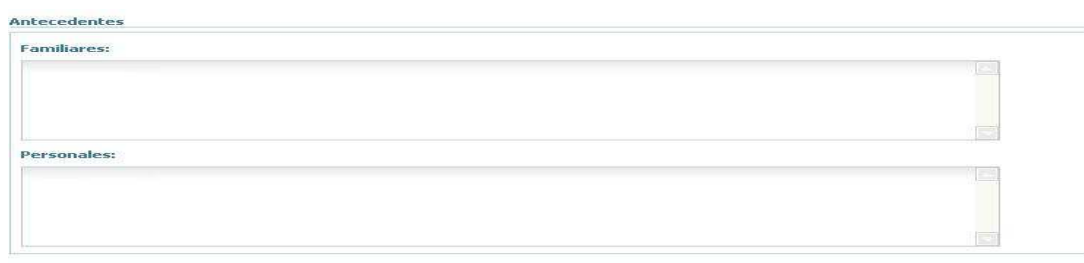


Fig 10.- Antecedentes

2.1.3 Enfermedad Actual

El tercer apartado es el de "**Enfermedad Actual**". En él se insertarán la enfermedad o enfermedades que actualmente padezca el paciente así como los tratamientos que siga.

A continuación se muestra el cuadro de "**Enfermedad Actual**".

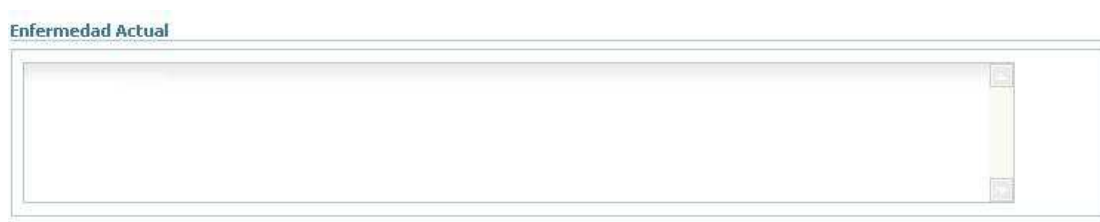


Fig 11.- Enfermedad actual

2.1.4 Exploración Física

El cuarto apartado es el de "**Exploración Física**". Aquí se insertarán los datos obtenidos en la fase de exploración del paciente.

A continuación se muestra el cuadro de donde se inserta la información de la "**Exploración Física**".

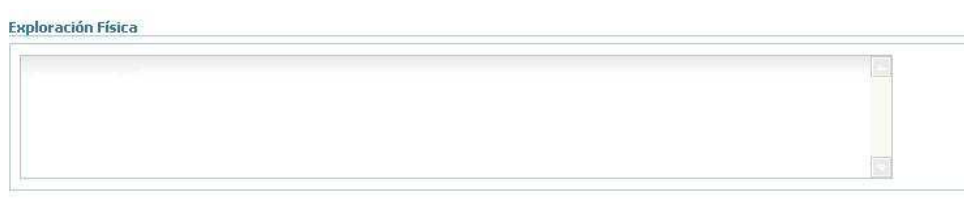


Fig 12.- Exploración física

2.1.5 Juicio Clínico

En el apartado de "**Juicio Clínico**", se introduce la afirmación sobre la situación clínica del paciente.

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información del "**Juicio Clínico**".

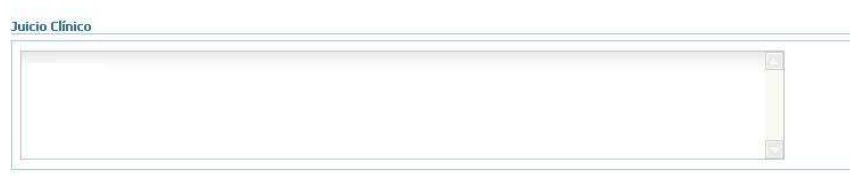


Fig 13.- Juicio clínico

2.1.6 Plan Terapéutico

El quinto apartado se denomina "**Plan Terapéutico**". Se introducirá la descripción del conjunto de acciones para curar al paciente.

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información del "**Plan Terapéutico**".

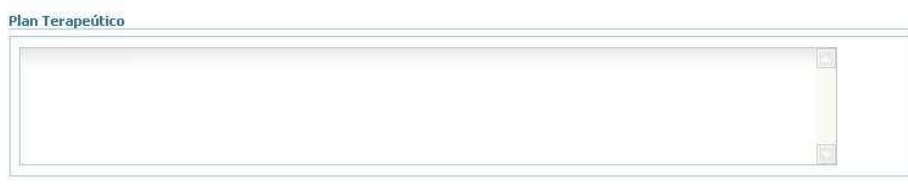


Fig 14.- Plan terapéutico

2.1.7 Firmas Adicionales

En este último apartado de "**Firmas Adicionales**" se insertarán la/s firma/s de facultativos que quieran firmar la Hoja de Anamnesis.

A continuación se muestra el cuadro donde se insertarán las "**Firmas Adicionales**"

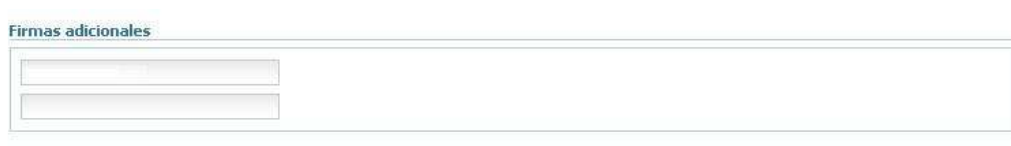


Fig 15.- firmas adicionales

2.2 Guardar Hoja de Anamnesis

La Hoja de Anamnesis permite guardar la información almacenada en la Hoja de dos formas: **provisional** y **definitiva**.

2.2.1 Guardar en forma Provisional

Si se desea guardar la información de forma que después pueda ser consultada y modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Provisional**".

Al final de la página tendremos el botón .

Al pulsarlo aparecerá una ventana de "**Identificación de usuario**" donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la Hoja en forma provisional.

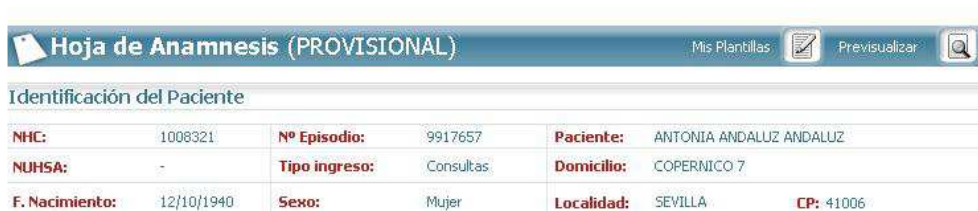


Fig 16.- Ventana de identificación de usuario



2.2.2 Versión Provisional

En la barra azul principal se encuentra el nombre de la hoja y el estado en la que se encuentra: provisional. A la derecha se puede encontrar un icono de una impresora, que sirve para imprimir el documento.



Identificación del Paciente			
NHC:	1008321	Nº Episodio:	9917657
NUHSA:	-	Paciente:	ANTONIA ANDALUZ ANDALUZ
F. Nacimiento:	12/10/1940	Tipo ingreso:	Consultas
		Domicilio:	COPERNICO 7
		Sexo:	Mujer
		Localidad:	SEVILLA
		CP:	41006

Fig 17.- Cabecera de la hoja de anamnesis

2.2.3 Guardar en forma Definitiva

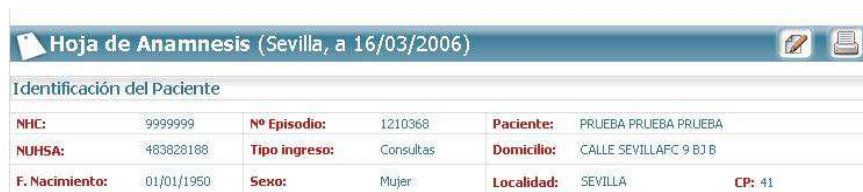
Si se desea guardar la información de forma que después sólo pueda ser consultada y NO modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Definitiva**".

Al final de la página tendremos el botón 

Al pulsarlo aparecerá una ventana de "**Identificación de usuario**" (Fig 50) donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la hoja en forma definitiva.

2.2.4 Versión Definitiva

En la barra azul principal si no aparece la palabra "**Provisional**", el estado en la que se encuentra la hoja es: definitiva. A la derecha se puede encontrar un icono de una impresora, que sirve para imprimir el documento.



Identificación del Paciente			
NHC:	9999999	Nº Episodio:	1210368
NUHSA:	483828188	Paciente:	PRUEBA PRUEBA PRUEBA
F. Nacimiento:	01/01/1950	Tipo ingreso:	Consultas
		Domicilio:	CALLE SEVILLAFIC 9 B3 B
		Sexo:	Mujer
		Localidad:	SEVILLA
		CP:	41

Fig 18.- Cabecera de la hoja de Anamnesis definitiva

2.3 Impresión y Previsualización

La Hoja de Anamnesis permite la impresión de la hoja presentada en pantalla, así como la visualización previa antes de imprimirla para revisar los detalles.

2.3.1 Impresión

Si se desea imprimir la Hoja de Anamnesis cuando se encuentra en estado definitivo

deberemos usar el icono  que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja. Al pulsar este icono se aparecerá una pantalla donde se podrá elegir entre previsualizar en formato PDF o en formato WEB.

Si desea más información puede acudir al capítulo 2.



Fig 19.- Ventana de impresión de un informe definitivo

2.3.2 Previsualizar

Si se desea imprimir la Hoja de Anamnesis cuando aún se encuentra en estado provisional

deberemos usar el icono  que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja. Al pulsar este icono se mostrará una pantalla que permitirá elegir entre previsualizar en formato **PDF** o en formato **WEB**.



Fig 20.- Ventana para previsualizar un informe provisional

2.4 Versionar

La Hoja de Anamnesis tiene la posibilidad hacer uso del **versionado**. De esta forma se facilita la labor del facultativo, ya que será posible corregir o ampliar los datos de un informe después de que este haya sido guardado como definitivo. Un punto importante a tener en cuenta es que siempre la versión primitiva perdurará guardada, de forma que podremos visualizar sus datos en cualquier momento, puede consultar el capítulo 26 Trabajar con Versiones.

2.5 Plantillas

Las Plantillas sirven para guardar información que se repite muchas veces en distintas hojas de anamnesis. El ahorro de tiempo es considerable al poder reutilizar información guardada previamente como modelo.

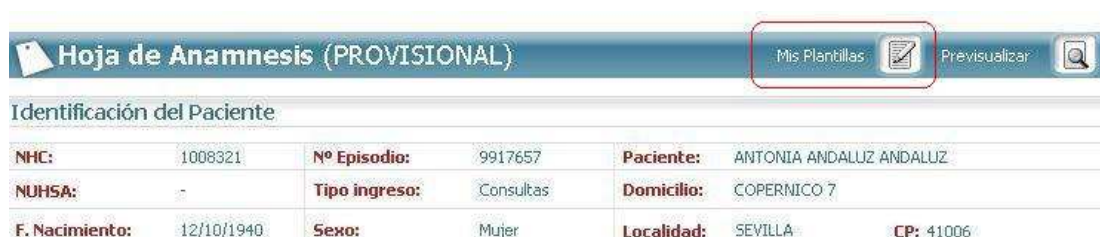
2.5.1 Guardar Plantilla

La Hoja de anamnesis permite guardar plantillas para reutilizar la información común a muchas hojas. Así, para guardar una plantilla pulsaremos el botón "**Guardar Plantilla**",  que se encuentra al final de la página.

Al pulsarlo aparecerá una ventana de "Identificación de usuario" donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la plantilla. Si necesita más información sobre el proceso de cómo rellenar la plantilla puede acudir a la sección.

2.5.2 Mis Plantillas

Si se ha guardado previamente alguna plantilla, podremos acceder a ellas a través del botón "**Mis Plantillas**" situado arriba a la derecha. El procedimiento para acceder, modificar y eliminar plantillas se describe en la sección. Para más información acerca de las plantillas consulte el capítulo 25 Trabajar con Plantillas.



Hoja de Anamnesis (PROVISIONAL)				Mis Plantillas	Previsualizar
Identificación del Paciente					
NHC:	1008321	Nº Episodio:	9917657	Paciente:	ANTONIA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	COPERNICO 7
F. Nacimiento:	12/10/1940	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA CP: 41006

Fig 21.- Botón de "Mis plantillas"

3. Hoja de Evolución

EC permite la gestión de la hoja de evolución. La hoja de evolución es aquella donde el personal sanitario anota la evolución que presenta un paciente respecto a su motivo de ingreso a lo largo del tiempo. Desde esta hoja se podrán indicar comentarios que luego aparecerán en los informes de alta, consulta o traslado que sean generados en la aplicación.

La hoja de evolución puede encontrarse en dos posibles estados, "Provisional" y "Definitiva".

	 Provisional (color verde): se permite añadir y modificar información en la hoja.
	 Definitivo (color negro): la hoja se encuentra cerrada, y no es posible modificar la información almacenada.

3.1 Creación de una Hoja de Evolución

Las hojas de evolución pueden ser creadas para cualquier tipo de episodio siempre que estos estén abiertos, es decir, no tengan fecha de alta informada, y tan sólo podrá existir una hoja de evolución por cada episodio.

A la creación de la hoja de evolución se accede a partir de la opción "Hoja de Evolución y Curso Clínico" que aparece en el menú "Crear" del detalle del episodio.

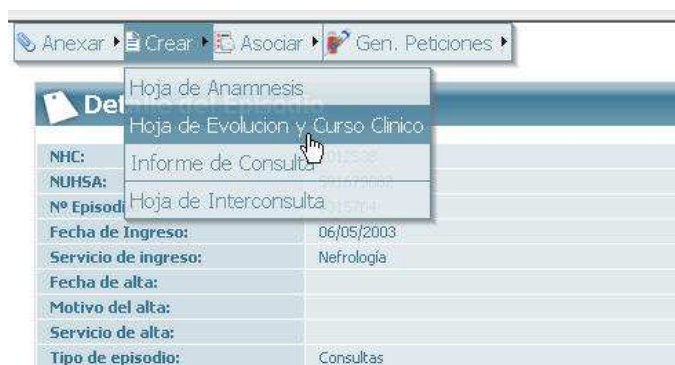


Fig 22.- Creación de una hoja de Evolución

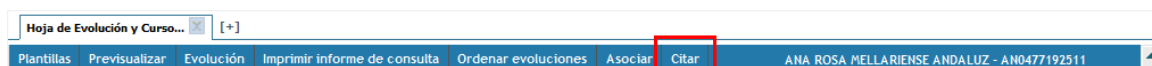


Fig 23.- Opción de citar

La hoja de evolución que aparece para ser rellenada es la siguiente:

Plantillas Previsualizar Evolución Imprimir informe de consulta Ordenar evoluciones Citar FRANCISCO JAVIER MELLARIENSE ANDALUZ - AHD489445631 Tiempo de inactividad: 00:29:43

 Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

H Virgen de Valme
Av Manuel Siurot s/n - 955.00.00.00
Unidad Desconocida

Hoja de Evolución y Curso Clínico de Hospitalización (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

AMC:	AHD489445631	Nº Episodio:	1014852	Paciente:	FRANCISCO JAVIER MELLARIENSE ANDALUZ
BOUSA:	AHD489445631	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	-
BUSS:	41/0134632372	Sexo:	Hombre	Localidad:	-
F. Nacimiento:	13/09/1969	Edad:	44	Provincia:	Desconocido

Datos de la Hoja

Fecha Ingreso:	07/05/2013	Cama:	45405	Procedencia:	Unidad Desconocida
-----------------------	------------	--------------	-------	---------------------	--------------------

Este episodio no tiene Hoja de Anamnesis

Historio de evoluciones

Crear nueva Evolución

Fecha/Hora: 24/06/2014 11:31

Evolución
Cambios de estado del paciente durante la duración del episodio clínico.

Exploración
Cada uno de los procedimientos o técnicas empleados para la obtención de datos con fines diagnósticos.

Pruebas Complementarias
Conjunto de exámenes que se le realizan al paciente para facilitar el diagnóstico de una enfermedad.

Juicio Clínico
Afirmación principal sobre la situación clínica de un paciente.

Plan de Actuación
Conjunto de acciones a seguir por el paciente según la patología diagnosticada.

Resumen de la Hoja de Evolución
Sinopsis de las actualizaciones realizadas en la hoja.

Firmas adicionales

Fig 24.- Hoja de evolución

La primera vez que se cargue la hoja de evolución, si se ha seleccionado la opción de recuperar información desde la hoja de anamnesis, se volcará toda la información de la misma en el formulario de introducción de datos. Para la segunda evolución y sucesivas, el campo "Juicio Clínico" se rellenará con los datos de la última evolución registrada.

Una vez que se hayan rellenado los correspondientes campos se deberá pulsar el botón "Actualizar Evolución" al final de la hoja. Tras introducir la correspondiente identificación

de usuario se recargará la hoja de evolución, y en el árbol de la historia aparecerá la hoja de evolución en color verde dentro de la carpeta de "Hojas Básicas".

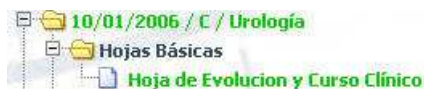


Fig 25.- Vista de la hoja de evolución en el árbol de la historia

Después de actualizar la hoja de evolución es posible generar un informe de consulta con los datos de la última evolución pulsando el botón de "imprimir informe consulta".



Fig 26.- Botón de imprimir informe de consulta

3.2 Acceso a una Hoja de Evolución

Para acceder a una hoja de evolución que exista en un episodio se deberá desplegar el árbol de dicho episodio, buscar en la carpeta "Hojas Básicas" la hoja de evolución y hacer click sobre la hoja. Tras esto se mostrará en la parte derecha de la pantalla la hoja de evolución con los datos de evolución que se habían rellenado situados en una tabla al principio de la hoja y el resto de la hoja aparecerá limpia para introducir los siguientes datos de la evolución.

Los datos que pertenecen a anteriores ocasiones en la que se rellenó la hoja podrán ser ordenados por fecha, por facultativo firmante o por unidad funcional.



Hoja de Evolución y Curso... [x] [+]

Plantillas Previsualizar Evolución Imprimir informe de consulta Ordenar evoluciones Asociar Citar ANA ROSA MELLARIENSE ANDALUZ - AN0477192511

Ordenar por fecha
Ordenar por facultativo firmante
Ordenar por unidad funcional

Tiempo de inactividad: 00:23:42

Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

H Virgen de Valme
Av Manuel Siurot sn - 955.00.00.00
Unidad Desconocida

Hoja de Evolución y Curso Clínico de Hospitalización (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	AN0477192511	Nº Episodio:	1014522	Paciente:	ANA ROSA MELLARIENSE ANDALUZ
NUHSA:	AN0477192511	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	-
NUSS:	41/0101404317	Sexo:	Mujer	Localidad:	- CP: -
F. Nacimiento:	12/01/1961	Edad:	53	Provincia:	Desconocido

Datos de la Hoja

Fecha Ingreso:	06/05/2013	Cama:	45508	Procedencia:	Unidad Desconocida
----------------	------------	-------	-------	--------------	--------------------

Ver Hoja de Anamnesis

Fig 27.- Como cambiar el orden de las Hojas de Evolución.

Histórico de evoluciones

24/06/2014 11:09 - Evolución genérica - MARIN REYES, JAVIER - Oncología Médica

Evolución:
Prueba evolución
Exploración:
Prueba exploración
Pruebas Complementarias:
Pruebas complementarias
Juicio Clínico:
Prueba juicio clínico
Plan de Actuación:
Prueba plan de actuación

24/06/2014 11:12 - Evolución genérica - MARIN REYES, JAVIER - Oncología Médica

Evolución:
Otra prueba
Exploración:
Otra prueba
Pruebas Complementarias:
Otra prueba
Juicio Clínico:
Otra prueba
Plan de Actuación:
Otra prueba

Fig 28.- Datos de la Hoja de Evolución ordenados por fecha.

También se podrán crear nuevas hojas de evolución especializadas. Para ello, en la parte superior de la pantalla hacemos click sobre “Evolución” y “Crear nueva evolución”. Se nos desplegará una ventana para elegir una nuevo hoja de evolución especializada.

Hoja de Evolución y Curso... [x] [+]

Plantillas Previsualizar Evolución Imprimir informe de consulta Ordenar evoluciones Asociar Citar JUAN MELLARIENSE ANDALUZ - AN0474464181

Crear nueva evolución
Guardar evolución

Tiempo de inactividad: 00:21:30

Fig 29.- Cómo crear una nueva hoja de evolución especializada.

- Evolución genérica (Todas las unidades funcionales)
- Hoja de Evolución de Angiología y Cirugía Vascular
- Hoja de evolución de cirugía de cataratas
- Hoja de Evolución de Consulta de Nutrición Clínica
- Hoja de Evolución de Dolor Agudo
- Hoja de Evolución de Hospitalización de Nutrición Clínica
- Hoja de Evolución De Patología Nodular Tiroidea
- Hoja de Evolución en Consulta de Artroplastia de Cadera
- Hoja de Evolución en Hospitalización de Artroplastia de Cadera
- Hoja de Evolución Postoperatoria de Tumores Gliales
- Hoja de Seguimiento en Consultas de Tumores Gliales
- Hoja Específica de Enfermedad metastásica de Cáncer Colorrectal
- Hoja Específica de Evolución en Consultas de Cáncer Colorrectal
- Hoja Específica de Ingreso e Intervención de Cáncer Colorrectal
- Hoja Evolución de Patología Inguino - Escrotal

Fig 30.- Nueva hoja de evolución especializada.

3.3 Reutilización de la Información de una Hoja de Evolución

Como se ha comentado en el comienzo del capítulo la información de la hoja de evolución puede ser traspasada a los informes de alta, consulta y traslado. Cuando vayamos a crear por ejemplo un informe de alta al tener ya una hoja de evolución en el mismo episodio aparecerá la siguiente pantalla:

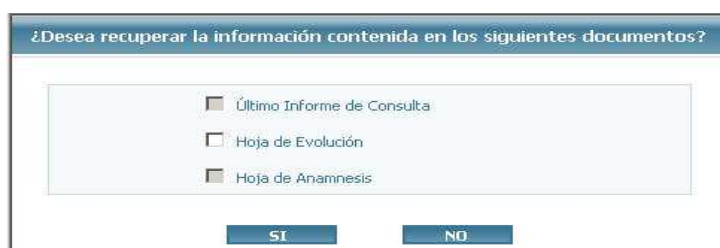


Fig 31.- Ventana de recuperación de la información de un informe previamente creado

En esta pantalla seleccionaremos de que hoja o informe vamos a tomar datos, en este caso solamente podríamos seleccionar la hoja de evolución. En el caso en que se seleccionara la Hoja de Evolución y se pulsara el botón "Sí", nos aparecerían los cuadros de texto rellenos según los comentarios que posea la hoja de evolución señalados para ser incluidos (el resto de campos que no hayan sido señalados mediante el check "se incluye en el informe..." no aparecerán).



Fig 32.- Campos rellenos en el informe de alta según los datos de la hoja de evolución

En el caso en que en la hoja de evolución exista un mismo campo señalado en distintas etapas de la hoja de evolución, estos comentarios aparecerán en el mismo lugar en distintas líneas como se puede observar en el campo exploración de la imagen.

Se deben tener en consideración los siguientes puntos:

Como se puede observar en la imagen donde se muestra hoja de evolución para ser rellena no tiene botón que permita guardar la hoja en estado "Definitivo", esto es porque esta hoja

se guardará como definitiva cuando el informe de alta asociado al episodio sea guardado como definitivo.

	En la imagen se muestra el momento en que para el episodio tiene un informe de alta y una hoja de evolución ambas en estado "provisional".
	En la imagen se muestra el momento en que tras haber guardado el informe de alta como "definitivo" la hoja de evolución pasa también al estado "definitivo" automáticamente.

Los informes de alta y traslado generados con la aplicación podrán recuperar aquellos datos de la hoja de curso clínico marcados a tal efecto (sólo podrán ser los campos de evolución y exploración).

En el caso de los informes de consulta, se podrán recuperar los datos de evolución, exploración y valoración clínica.

3.4 Impresión de una Hoja de Evolución

La impresión de las hojas de evolución básicas se realiza pulsando en “Previsualizar” que se encuentra en la parte superior de la hoja. Se nos desplegará una ventana como la que se muestra a continuación para seleccionar la hoja de evolución que se quiere imprimir.



Fig 33.- Ventana para seleccionar los documentos a imprimir.

Al pulsar sobre aceptar se mostrará una pantalla que permitirá elegir entre previsualizar en formato pdf o en formato web.



Fig 34.- Ventana de previsualización de un informe provisional

Si se añaden hojas de evolución especializadas aparecerá un icono de imprimir  en el histórico de evoluciones al lado de cada evolución.

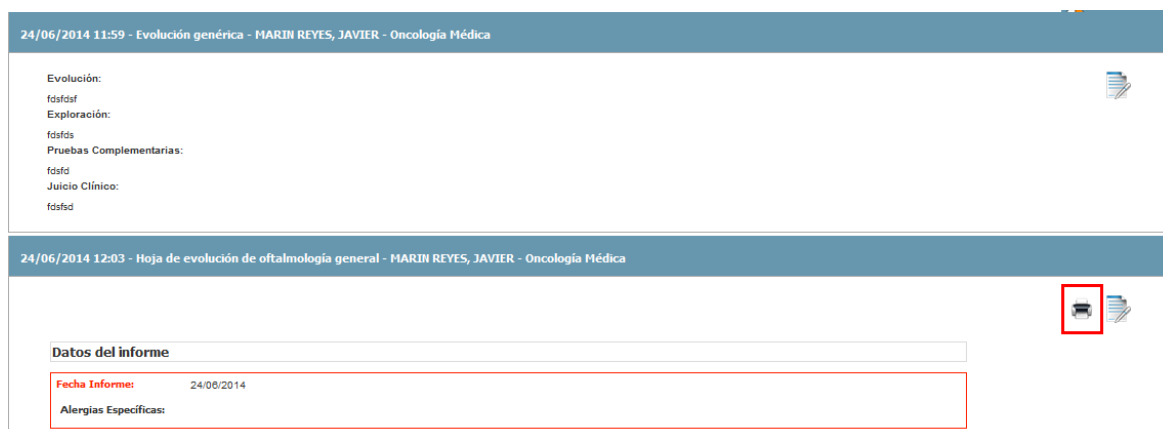


Fig 35.- Cómo imprimir una hoja de evolución especializada.

3.5 Generación de un informe de consulta

Desde la hoja de evolución se puede generar un informe de consulta con la información contenida en la última evolución registrada. Para ello, deberá accederse al menú superior de la hoja y seleccionar la opción “Imprimir informe consulta”. Esta opción automáticamente generará, tras introducir usuario y contraseña, un informe de consulta en versión definitiva con la información referida.



3.6 Trabajar con Plantillas en una Hoja de Evolución

La aplicación de estación clínica nos facilita el trabajo mediante el uso de plantillas. Las plantillas permiten guardar la información común que escribimos normalmente en todas las hojas de evolución que sean redactadas.

Para leer más acerca de las plantillas dirija se al capítulo 25 Trabajar con Plantillas.

4. Informe de Traslado

Un episodio puede tener uno o más informes de traslado intrahospitalario.



Fig 36.- Vista de Episodios con diferentes informes de traslado

4.1 Crear Informes de Traslado

Hay dos opciones posibles para añadir nuevos informes de traslado:

- Ventana de Detalle de Episodio: pulsar en el menú 'Crear' la opción Informe de Traslado. tras lo cual aparece el formulario estándar de la aplicación para dar de alta un informe de traslado.

Una vez abierto el formulario e introducida la información deseada, el usuario podrá guardar el informe como provisional (botón Versión Provisional) o definitivo (botón Versión Definitiva). La aplicación solicitará la autenticación del usuario tras pulsar cualquiera de los botones mencionados.

Únicamente los usuarios con perfil Médico tendrán autoridad para guardar Versiones Definitivas de Informes de Traslado. Los que tengan perfil de Administrativo tendrán privilegio para guardar Versiones Provisionales de Informes de Traslado.

- Ventana de Detalle de Episodio o Detalle de Historia: pulsar en el menú 'Anexar' la opción Informe de Traslado, que permitirá adjuntar como informe de traslado un archivo en formato MS Word.

Los **Informes de Traslado** que hayan sido creados con el formulario estándar podrán estar en uno de los siguientes estados:

☐ Provisional (color verde) que se podrá volver a editar para ser modificado:	
☐ Definitivo (color negro) que no se podrá modificar, pero si guardar diferentes versiones.	

Al igual que en el caso de los informes de consulta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 20 minutos.

4.2 Crear Versiones de Informes de Traslado

El Informe de Traslado tiene la posibilidad hacer uso del versionado. De esta forma se facilita la labor del facultativo, ya que será posible corregir o ampliar los datos de un informe después de que este haya sido guardado como definitivo. Un punto importante a tener en cuenta es que siempre la versión primitiva perdurará guardada, de forma que podremos visualizar sus datos en cualquier momento. Si quiere más información puede ir al capítulo 26 Trabajar con Versiones.

Si se consulta un Informe de Traslado anexo como un documento MS Word, se abrirá el dicho documento en el área derecha del cuerpo de la aplicación tal y como se anexó.

4.3 Formulario Estándar de Informe de Traslado

El formulario estándar de Informe de Traslado de la aplicación se mostrará al consultar informes en estado provisional o bien al crear uno nuevo. Su estructura es la siguiente:



Informe de Traslado de Hospitalización (PROVISIONAL)					
Identificación del Paciente					
NHC:	728642	Nº Episodio:	1498540	Paciente:	FRANCISCO JAVIER OJEDA TRIGUERO
NUHSA:	AN1240164006	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/ GUTIERREZ DE ALBA 8, A
NUSS:	AN/1240164006	Sexo:	Hombre	Localidad:	41004 CP: 41500
F. Nacimiento:	25/06/2008	Edad:	4	Provincia:	Sevilla
Datos del informe					
La unidad y la sección en la que estaba el paciente que se desea trasladar se cargarán automáticamente, permitiendo su modificación					
Fecha Ingreso:	06/05/2013	Fecha Traslado:		Sección Procedencia:	Cuidados Críticos (Hospital de Valme)
Unidad Procedencia:	Otros	Unidad Destino:		Sección Destino:	

Fig 37.- Formulario Estándar de Informe de Traslado 1



Motivo de Traslado

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Anamnesis:

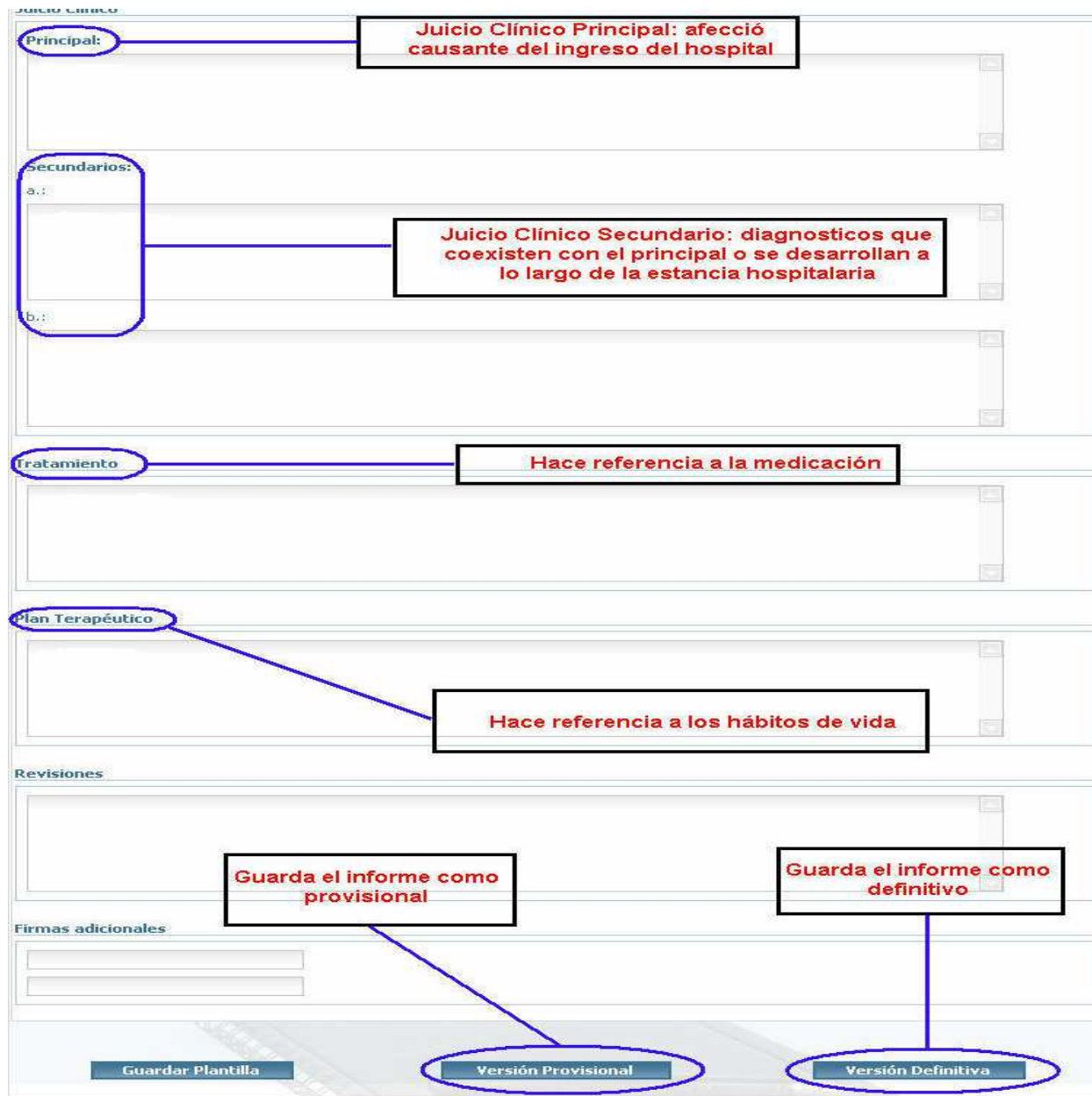
Exploración:

Pruebas Complementarias

Evolución y curso Clínico

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 38.- Formulario Estándar de Informe de Traslado 2



The image shows a screenshot of a web-based form titled "Formulario Estándar de Informe de Traslado 3". The form is divided into several sections, each with a label on the left and a corresponding text area on the right. Annotations with blue lines and boxes explain the purpose of each section:

- Juicio Clínico:**
 - Principal:** Annotated with "Juicio Clínico Principal: afección causante del ingreso del hospital".
 - Secundarios:** Annotated with "Juicio Clínico Secundario: diagnosticos que coexisten con el principal o se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria". The text area includes sub-labels "a.:" and "b.:".
- Tratamiento:** Annotated with "Hace referencia a la medicación".
- Plan Terapéutico:** Annotated with "Hace referencia a los hábitos de vida".
- Revisiones:** A section for revisions.
- Firmas adicionales:** A section for additional signatures.
- Buttons:** At the bottom, there are three buttons: "Guardar Plantilla", "Versión Provisional", and "Versión Definitiva".

Two callout boxes provide instructions for saving the report:

- "Guarda el informe como provisional" points to the "Versión Provisional" button.
- "Guarda el informe como definitivo" points to the "Versión Definitiva" button.

Fig 39.- Formulario Estándar de Informe de Traslado 3

4.4 Informe de Traslado Definitivo

Cuando se consulte un Informe de Traslado publicado a través del formulario estándar de la aplicación se mostrará la siguiente plantilla, en la que hay que destacar que sólo aparecerán los apartados en los que el usuario introdujo información al rellenar el mencionado formulario.

Informe de Traslado de Hospitalización (Sevilla, a 03/10/2013)			
Identificación del Paciente		Fecha de publicación	Iconos de versionar e imprimir
NHC:	728642	Nº Episodio:	1498540
NUHSA:	AN1240164006	Tipo ingreso:	Hospitalización
NUSS:	AN/1240164006	Sexo:	Hombre
F. Nacimiento:	25/06/2008	Edad:	4
Paciente:	FRANCISCO JAVIER OJEDA TRIGUERO		
Domicilio:	CL/ GUTIERREZ DE ALBA 8, A		
Localidad:	41004	CP:	41500
Provincia:	Sevilla		
Datos del informe			
Fecha Ingreso:	06/05/2013	Fecha Traslado:	12/10/2013
Unidad Procedencia:	Cuidados Críticos y Urgencias UGC	Sección Procedencia:	Cuidados Críticos (Hospital de Valme)
Unidad Destino:	Aparato Locomotor UGC	Sección Destino:	Reumatología (Hospital de Valme)
Usuario con perfil de médico que publicó el informe		Fdo.: Dr./Dra MARIN REYES, JAVIER	

Fig 40.-Detalle de Informe de Traslado en estado Definitivo

Si existen versiones del informe se mostrarán unas flechas en la esquina superior izquierda de la plantilla que permitirán navegar por las distintas versiones del informe.

Si se consulta un Informe de Traslado anexo como un documento MS Word, se abrirá el dicho documento en el área derecha del cuerpo de la aplicación tal y como se anexó.

4.5 Creación de Plantillas para un Informe de Traslado

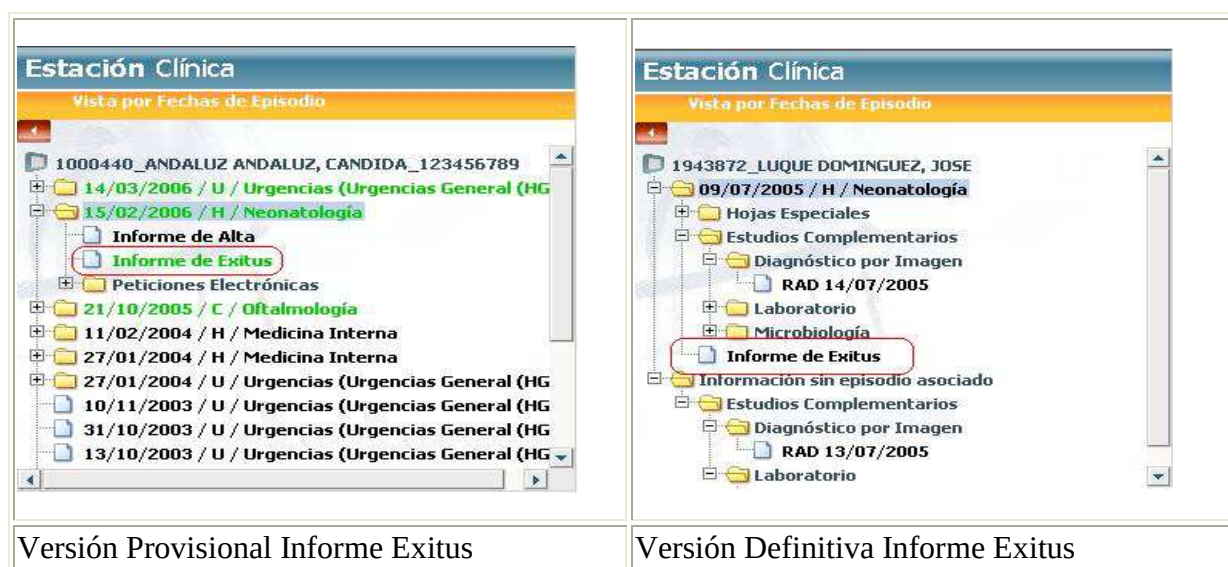
Para facilitar la labor del facultativo, EC nos da la posibilidad de hacer uso de plantillas, de forma que se puede utilizar para recuperar información estándar de un Informe de Traslado del mismo tipo que se está usando EC, este apartado se contempla en un capítulo aparte, 25 Trabajar con Plantillas.

5. Informe de Exitus

En el Informe de Éxitos se recogen las causas del fallecimiento del paciente, así como los antecedentes, enfermedades, pruebas, intervenciones quirúrgicas y posibles órganos de donación.

El Informe de Éxitos se encuentra dividido en once secciones. Éstas son las siguientes: Motivo de Ingreso, Antecedentes, Enfermedad Actual, Pruebas Complementarias, Evolución y Curso Clínico, Intervención Quirúrgica / Procedimientos, Juicio Clínico, Causas de Exitus, Órganos, Necropsia y Firmas adicionales.

El Informe de Exitus podrá estar almacenado como provisional o definitivo, y se verá de diferente color en el árbol de ficheros situado a la izquierda de la pantalla: de color verde si se encuentra almacenado como provisional o en color negro si se encuentra almacenado como definitivo. Al hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del Informe de Exitus éste se abrirá a la derecha de la pantalla y mostrará toda la información asociada.



5.1 Creación del informe de Exitus

El Informe de Exitus se puede crear en episodios de Urgencia y Hospitalización. Pero sólo se puede crear UN Informe de Exitus para un mismo NHC. Para la creación de un nuevo informe además de no existir uno creado previamente deberemos hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones. Eligiendo la opción "Crear" aparecerá otro menú, esta vez desplegable. En este menú entre otras opciones se encuentra la de creación de "Informe de Exitus". Si ya existiera un Informe de Exitus al pinchar en el episodio no saldría la opción de "Informe de Exitus" en el menú "Crear".



Fig 41.- Creación del informe de exitus

A esta acción le seguirá la creación de un Informe de Exitus en blanco, listo para añadirle información. Es importante reseñar que al crear un Informe de Exitus se incorporará los antecedentes del paciente. Éstos son los datos recogidos en el último informe de alta, o consulta, o traslado.

Además, cuando indicamos que deseamos crear un informe de alta el sistema nos preguntará si deseamos incluir la información referente a la hoja de evolución y de anamnesis. En caso de querer incluir dicha información deberemos seleccionar los check box y pulsar Si. En el caso de que no deseemos incluir ninguna de las dos pulsaremos No.

¿Desea recuperar la información contenida en los siguientes documentos?

☐ Hoja de Evolución

☐ Hoja de Anamnesis

SI
NO

En esta gráfica se puede ver parte de un informe recién creado:



Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Servicio Neonatología

Informe de Exitus (Sevilla, a 28/07/2005)

Identificación del Paciente

NHC:	19438	Nº Episodio:	0321	Paciente:	JOSE
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	TESORILL
F. Nacimiento:	09/07/20	Sexo:	Hombre	Localidad:	
				Provincia:	SEVILLA
				CP:	

Datos del informe

Fecha Ingreso:	09/07/2005	F. Exitus:	18/07/2005	Hora Exitus:	
Servicios Intermedios:	Ninguno	Servicio Final:	Neonatología		

Motivo de ingreso

Antecedentes

Familiares:

Devoluciones:

Fig 42.- Informe de exitus

5.1.1 Motivo de Ingreso

Para introducir los motivos por los cuales se decide ingresar al paciente, se empleará el campo de "**Motivo de Ingreso**".

A continuación se muestra el cuadro donde se insertará el texto.

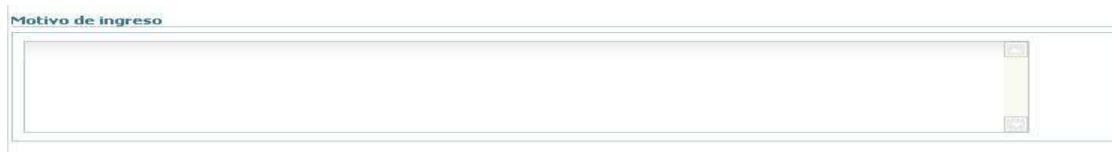


Fig 43.- Motivo de ingreso

5.1.2 Antecedentes

Los antecedentes familiares y personales del paciente deben introducirse en el apartado de "Antecedentes": "Familiares" y los "Personales".

En el subapartado "**Familiares**" se introducirán los datos relacionados con al ámbito familiar del paciente. En el subapartado "**Personales**" se introducirán los datos personales del paciente.

A continuación se muestran los cuadros para insertar la información.

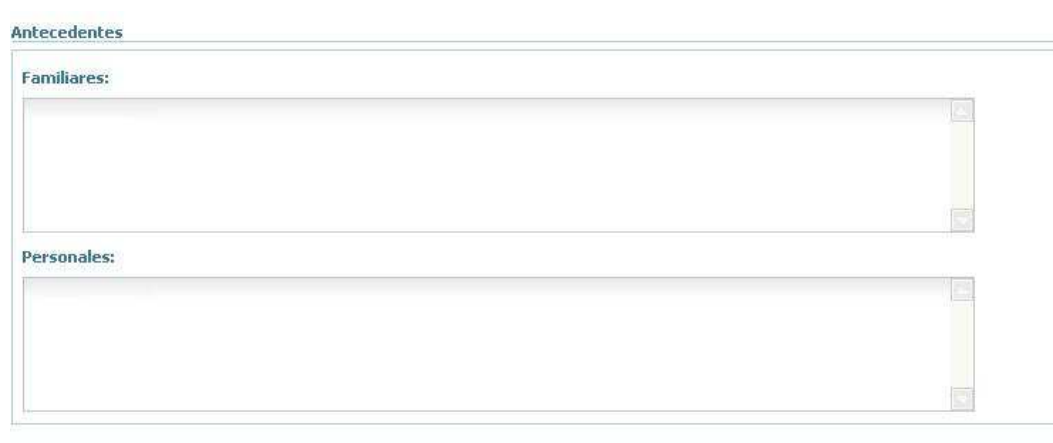


Fig 44.- Antecedentes familiares

5.1.3 Enfermedad Actual

La enfermedad o enfermedades que actualmente padezca el paciente así como los tratamientos que siga se insertarán en el apartado de "**Enfermedad Actual**".

A continuación se muestra el cuadro de "**Enfermedad Actual**".

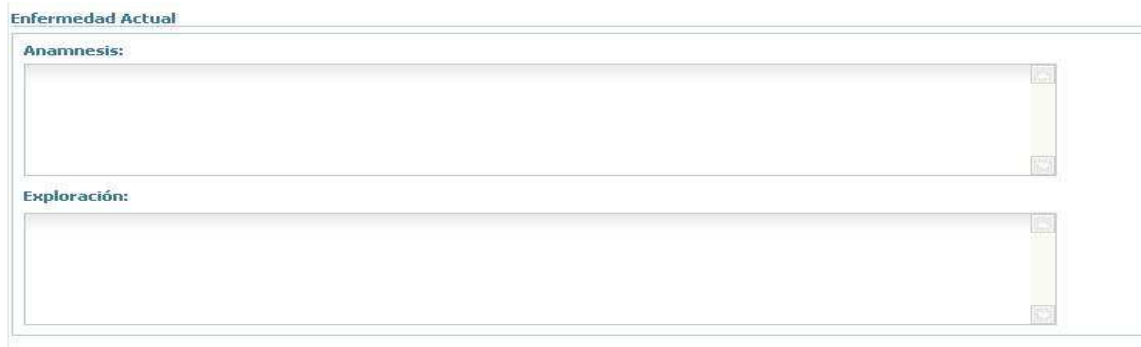


Fig 45.- Enfermedad Actual

5.1.4 Pruebas Complementarias

Las pruebas adicionales que puedan aportar algo de información sobre el paciente se insertarán en el campo de "**Pruebas Complementarias**".

A continuación se muestra el cuadro de donde se inserta la información de la "**Pruebas Complementarias**".



Fig 46.- Pruebas complementarias

5.1.5 Evolución y Curso Clínico

Para recoger toda la información del proceso de cambio gradual en la transformación del estado del paciente existe el campo de "**Evolución y Curso Clínico**".

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información del "**Evolución y Curso Clínico**".

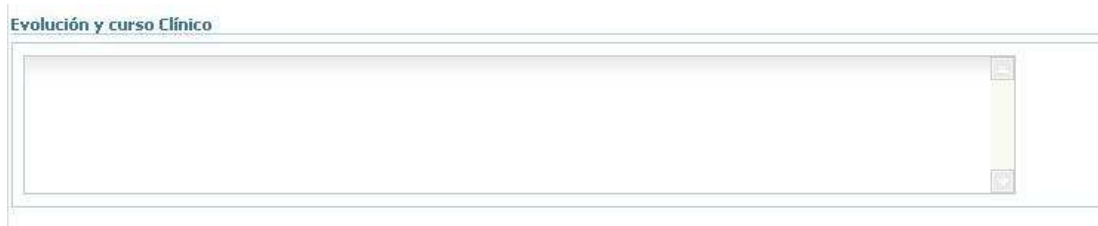


Fig 47.- Evolución y curso clínico

5.1.6 Intervención Quirúrgica / Procedimientos

La situación en la que se debe realizar una intervención quirúrgica, el mejor tratamiento posible o los procedimientos para evitar complicaciones graves de la enfermedad deben escribirse en el apartado "**Intervención Quirúrgica / Procedimientos**".

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información de "**Intervención Quirúrgica / Procedimientos**".

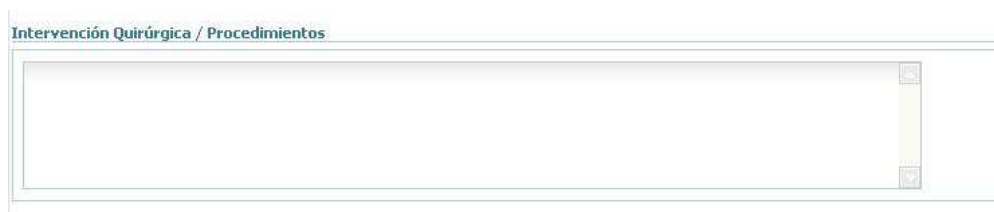
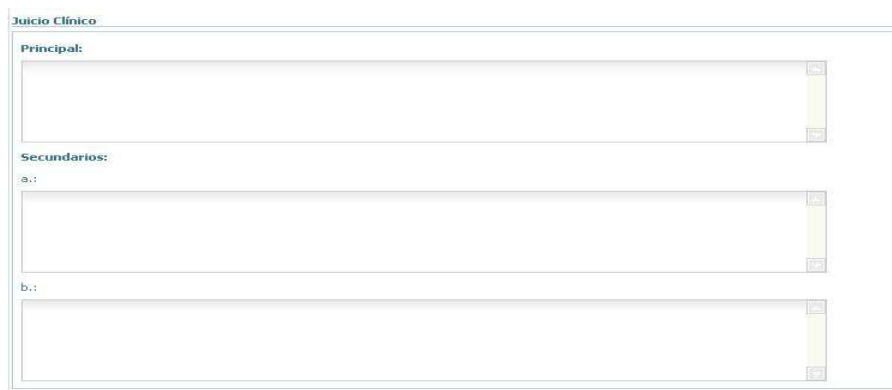


Fig 48.- Intervención quirúrgica/ Procedimientos

5.1.7 Juicio Clínico

Las afirmaciones sobre la situación clínica de un paciente se deben escribir en el apartado "**Juicio Clínico**".

A continuación se muestra el cuadro donde se insertarán las "**Juicio Clínico**"



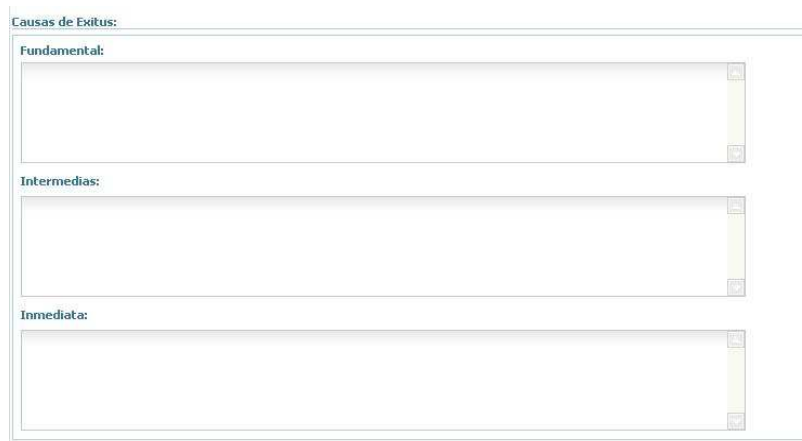
Formulario de Juicio Clínico. El formulario está dividido en tres secciones: Principal, Secundarios (a:) y Secundarios (b:). Cada sección tiene un campo de texto grande y un botón de borrar (X) a la derecha.

Fig 49.- Juicio clínico

5.1.8 Causas de Exitus

Las causas de la muerte del paciente deben escribirse en el apartado de "**Causas de Exitus**".

A continuación se muestra el cuadro donde se insertarán las "**Causas de Exitus**"



Formulario de Causas de Exitus. El formulario está dividido en tres secciones: Fundamental, Intermedias e Inmediata. Cada sección tiene un campo de texto grande y un botón de borrar (X) a la derecha.

Fig 50.- Causas de Exitus

5.1.9 Órganos

Para reflejar si existe algún tipo de petición de donación de órganos del fallecido, existe el apartado "**Órganos**".

Si existe petición de órganos, debe seleccionarse la opción "Sí" del apartado "Órganos". Si la petición es seleccionada, se desplegará otro apartado dónde se seleccionará si hay donación de órganos por parte del paciente sobre el que se ha hecho el informe.

A continuación se muestra el apartado de "**Órganos**" con petición de órganos y con donación.



Órganos

Petición de órganos: ☒ Sí ☐ No

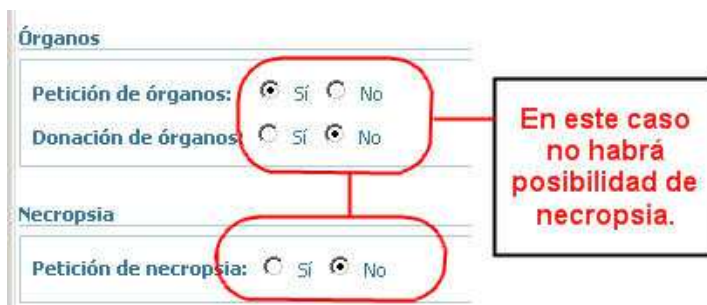
Donación de órganos: ☒ Sí ☐ No

Fig 51.- Organos

5.1.10 Necropsia

Si se desea el examen del cadáver para determinar las causas de la muerte debe ser seleccionada la opción "Sí" en el apartado "**Necropsia**".

Éste apartado sólo estará disponible si las opciones petición y donación fueron seleccionadas en el apartado anterior de "Órganos".



Órganos

Petición de órganos: ☒ Sí ☐ No

Donación de órganos: ☐ Sí ☒ No

Necropsia

Petición de necropsia: ☐ Sí ☒ No

En este caso no habrá posibilidad de necropsia.

Fig 52.- Necropsia

Si no ha habido petición de órganos, o no ha habido donación, se observará el cuadro de "**Necropsia**".

Si se selecciona la opción de "**Petición de Necropsia**", aparecerán una serie de apartados nuevos.



Fig 53.- Petición de órganos

La "**Extensión**" de la necropsia hace referencia a si se solicita total o parcial y el motivo por la que se solicita. Además también se podrá a notar si la necropsia ha sido denegada.

Se pueden seleccionar el médico solicitante de la necropsia y el médico responsable (en el caso de Anatomía Patológica) en los apartados con el nombre "Médico Solicitante" y "**Médico Responsable**".

Si se necesita imprimir la autorización de la necropsia, para ello deberá pulsarse el botón "**Imprimir Autorización de la Necropsia**".

Por último el informe de la necropsia se debe escribir en el apartado "**Informe de Necropsia**".



Fig 54.- Apartado del informe de necropsia

5.2 Guardar Informe de Exitus

El Informe de Exitus permite guardar la información almacenada de dos formas: provisional y definitiva.

5.2.1 Guardar en forma Provisional

Si se desea guardar la información de forma que después pueda ser consultada y modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Provisional**".

Al final de la página tendremos el botón **Versión Provisional**.

Al pulsarlo aparecerá una ventana de “**Identificación de usuario**” donde al validar el usuario y la contraseña se guardará el informe en forma provisional.



Fig 55.- Ventana de identificación del usuario

5.2.2 Versión Provisional

Si el informe accedido se encuentra en la versión provisional, en la barra azul principal se observará la palabra que indica dicho estado: **provisional**. A la derecha se puede encontrar un icono de una impresora, que sirve para imprimir el documento.

5.2.3 Guardar en forma Definitiva

Si se desea guardar la información de forma que después sólo pueda ser consultada y NO modificada, elegiremos la opción de guardar en “**Versión Definitiva**”.

Al final de la página tendremos el botón **Versión Definitiva**.

Al pulsarlo aparecerá una ventana de “Identificación de usuario” (Fig 91) donde al validar el usuario y la contraseña se guardará el informe en forma definitiva.

5.2.4 Versión Definitiva

Si el informe accedido se encuentra en la versión definitiva, en la barra azul principal se observará la palabra que indica dicho estado: **definitivo**. A la derecha se puede encontrar un icono de una impresora, que sirve para imprimir el documento.

Informe de Exitus (Sevilla, a 28/07/2005)			
Identificación del Paciente			
NHC:	19438	Nº Episodio:	0321
NUHSA:		Tipo ingreso:	Hospitalización
F. Nacimiento:	09/07/20	Sexo:	Hombre
		Paciente:	JOSE
		Domicilio:	TESORILL
		Localidad:	
		Provincia:	SEVILLA
		CP:	
Datos del informe			
Fecha Ingreso:	09/07/2005	F. Exitus:	18/07/2005
Servicios Intermedios:	Ninguno	Servicio Final:	Neonatología
		Hora Exitus:	
Motivo de ingreso			

Fig 56.- Cabecera del informe de Exitus

5.3 Impresión y Previsualización

El Informe de Exitus permite la impresión del informe presentada en pantalla, así como la visualización previa antes de imprimirlo para revisar los detalles.

5.3.1 Impresión

Si se desea imprimir el Informe de Exitus cuando se encuentra en estado definitivo deberemos usar el icono que se encuentra en la parte superior derecha del informe. Al pulsar este icono aparecerá una pantalla donde se podrá elegir entre previsualizar en formato PDF o en formato WEB.

Si desea más información puede acudir al capítulo *¿Que es EC?*

Elija una opción con la que desee imprimir	
Mediante PDF o directamente en una página web.	
	Imprimir a PDF Si desea guardar una copia en pdf.
	Imprimir Enviar el documento a la impresora.

Fig 57.- Ventana de impresión de documentos definitivos

A continuación se muestra un ejemplo de impresión de un Informe de Exitus:

Página 1 de 1

**Hospital Universitario Virgen
Macarena**

Avenida Doctor Fedriani, nº 3
Unidad de Medicina Interna

25/05/2008

INFORME DE EXITUS

Paciente: Jose Martín	Sexo: H	F. Nacimiento: 08/05/1928
Domicilio: Av/ El rey nº 19		
Episodio: 123456	NHC: 9999	NUHSA: AN9999999
F. Ingreso: 16/05/2008	Procedencia: Medicina Interna	Tipo Ingreso: Hospitalización
F. Exitus: 25/05/2008		

Motivo de ingreso

SALTO_LINBA#HISTORIA ACTUAL:

EPOC. HTA. FA. Radioterapia por lesión vesical. Ulceras MMII. Amputación MID. Ulceras en NII. Estreñimiento. Alergia a Nolotil.

Consulta por dolor abdominal, más intenso en FII. Pérdida de varios kilos de peso

EXPLORACIÓN:

MEG. CDC. Eupneico. Tinte subicterico. Corazón rítmico a buena frecuencia. AR sibilantes dispersos, crepitantes bilocales. Abdomen blando y depresible sin masas ni m.

P. Complementarias:

Hemograma: Linfocitosis. TP 16.5, INR 1.45.

Orina: Proteinuria, urobilinogeno +, leucocituria.

Bioquímica: urea 83, Na 133, Bilirrubina total 3.39, directa 1.95

TAC: derrame pleural bilateral. Líquido libre en cavidad abdominal egales.

EVOLUCIÓN:

En observación se valore como pseudoclusión por fecaloma.

En este Centro mantiene cifras altas de creatinina y bilirrubina. Disminución de la diuresis, empeoramiento del estado general AR con ruidos dispersos.

DIAGNOSTICOS:

Diagnostico principal: IR. IC.

Diagnósticos secundarios: Estreñimiento. Retención de secreciones respiratoria.

Fdo.: Dr. José Merchante Cobos

Órganos

Petición de órganos: No.

Necropsia

Petición de necropsia: No.

Fdo.: Dr/Dra

5.3.2 Previsualizar

Si se desea imprimir el Informe de Exitus cuando aún se encuentra en estado provisional



deberemos usar el icono  que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja. Al pulsar este icono se mostrará una pantalla que permitirá elegir entre previsualizar en formato **PDF** o en formato **WEB**.



Fig 58.- Ventana de previsualización de documentos provisionales

5.4 Versionar

El **Informe de Exitus** tiene la posibilidad hacer uso del versionado. De esta forma se facilita la labor del facultativo, ya que será posible corregir o ampliar los datos de un informe después de que este haya sido guardado como definitivo. Un punto importante a tener en cuenta es que siempre la versión primitiva perdurará guardada, de forma que podremos visualizar sus datos en cualquier momento.

5.5 Plantillas

Las Plantillas sirven para guardar información que se repite muchas veces en distintos Informes de Exitus. El ahorro de tiempo es considerable al poder reutilizar información guardada previamente como modelo.

5.5.1 Guardar Plantilla

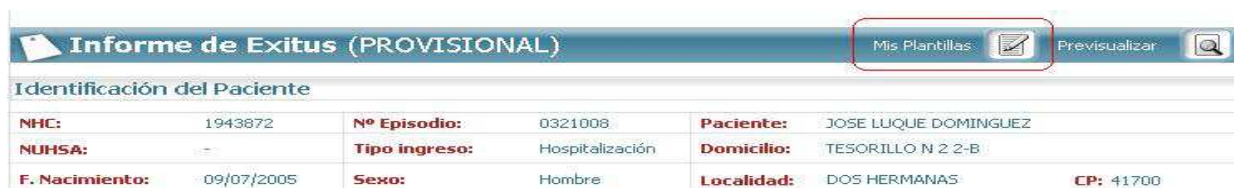
El Informe de Exitus permite guardar plantillas para reutilizar la información común a muchas hojas. Así, para guardar una plantilla pulsaremos el botón "**Guardar Plantilla**",  que se encuentra al final de la página.

Al pulsarlo aparecerá una ventana de "**Identificación de usuario**" donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la plantilla. Si necesita más información sobre el proceso de cómo rellenar la plantilla puede acudir a la sección.

5.5.1.1

5.5.2 Mis Plantillas

Si se ha guardado previamente alguna plantilla, podremos acceder a ellas a través del botón "**Mis Plantillas**" situado arriba a la derecha. El procedimiento para acceder, modificar y eliminar plantillas se describe en la sección. Para mas información ir a capítulo 25 Trabajar con Plantillas.



Informe de Exitus (PROVISIONAL)

Mis Plantillas Previsualizar

Identificación del Paciente

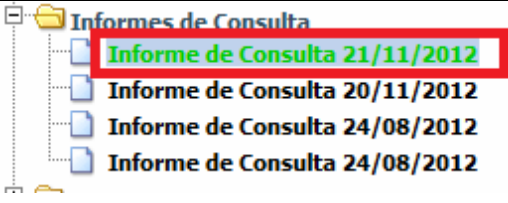
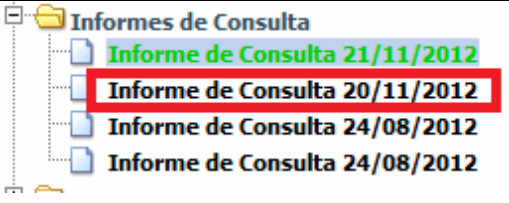
NHC:	1943872	Nº Episodio:	0321008	Paciente:	JOSE LUQUE DOMINGUEZ	
NUHSA:		Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	TESORILLO N 2 2-B	
F. Nacimiento:	09/07/2005	Sexo:	Hombre	Localidad:	DOS HERMANAS	CP: 41700

Fig 59.- Botón de "Mis Plantillas"

6. Informe de Consulta

El Informe de Consulta se encuentra dividido en diez secciones. Éstas son las siguientes: Motivo de consulta, Antecedentes, Enfermedad Actual, Pruebas Complementarias, Evolución y Curso Clínico, Juicio Clínico, Tratamiento, Plan de actuación, Revisiones y Firmas adicionales.

El Informe de Consulta podrá estar almacenado como provisional o definitivo, y se verá de diferente color en el árbol de ficheros situado a la izquierda de la pantalla: de color **verde** si se encuentra almacenado como provisional o en color **negro** si se encuentra almacenado como definitivo. Al hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del Informe de consulta, éste se abrirá a la derecha de la pantalla y mostrará toda la información asociada.

	
Informe de Consulta Provisional	Informe de Consulta Definitivo

6.1 Creación del Informe de Consulta

Un Informe de Consulta se puede crear desde:

-  Un episodio de Hospital de Día Médico
-  El Detalle de la Historia del paciente. En este caso el Informe de Consulta se guardará en “Información sin episodio asociado → Informes de Consulta”.

Un Informe de Consulta se puede crear de dos formas:

-  Desde el menú, accediendo a la pestaña “Anexar”, y una vez allí seleccionar “Informe de Consulta”.



 **Fig 60.- Cómo asociar un Informe de Consulta 1**

Nos aparecerá la siguiente ventana para que seleccionemos el documento a anexar:

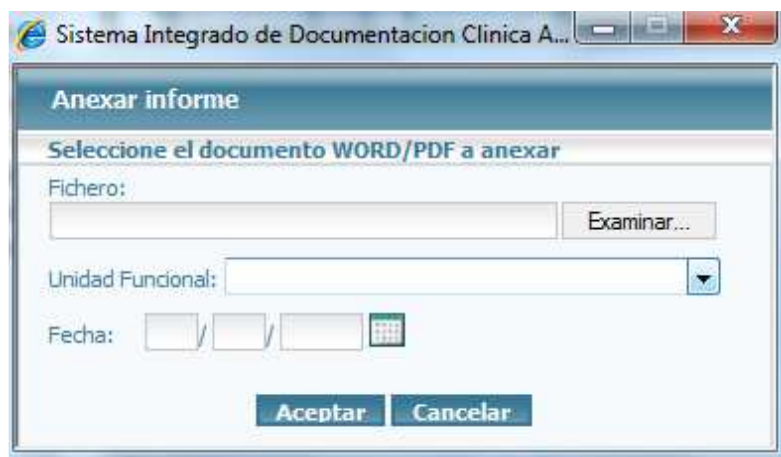


Fig 61.- Cómo asociar un Informe de Consulta 2

 Desde el menú, accediendo a la pestaña “Crear”, y una vez allí seleccionar “Informe de Consulta”:



Fig 62.- Cómo crear un Informe de Consulta

Tras esto nos aparecerá un Informe de Consulta en blanco para rellenar.

6.2 Formulario estándar de un Informe de Consulta

En el formulario estándar del Informe de Consulta aparecen los siguientes campos:

6.2.1 Motivo de consulta

Consiste en un cuadro de texto donde se introducirán los motivos por los que el paciente acude a la consulta.

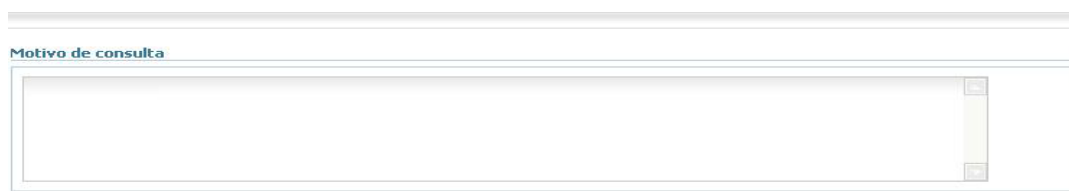
The image shows a screenshot of the 'Motivo de consulta' field. It's a large, empty text area with a vertical scrollbar on the right side. The label 'Motivo de consulta' is written in a small font above the text area.

Fig 63.- Motivo de consulta

6.2.2 Antecedentes

Este apartado se divide en dos subapartados: los antecedentes "Familiares" y los "Personales".

En el subapartado "Familiares" se introducirán los datos relacionados con al ámbito familiar del paciente.

En el subapartado "Personales" se introducirán los datos personales del paciente.

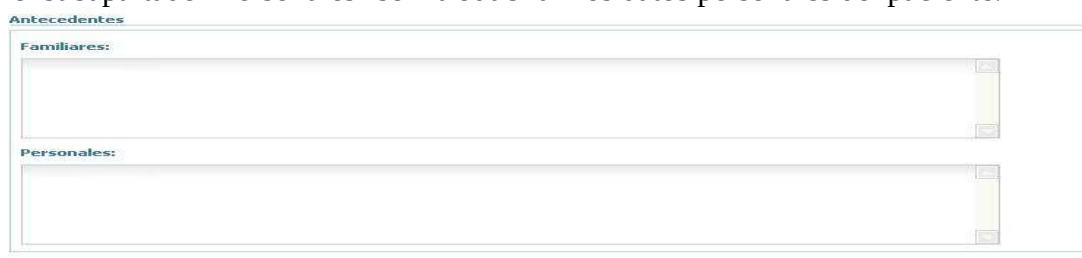


Fig 64.- Antecedentes

6.2.3 Enfermedad Actual

En él se insertarán la enfermedad o enfermedades que actualmente padezca el paciente.



Fig 65.- Enfermedad actual

6.2.4 Pruebas Complementarias

Las pruebas adicionales que puedan aportar algo de información sobre el paciente se insertarán en este campo.

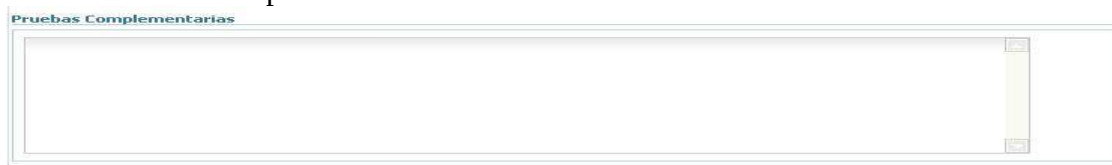


Fig 66.- Pruebas complementarias

6.2.5 Evolución y Curso Clínico

Para recoger toda la información del proceso de cambio gradual en la transformación del estado del paciente existe el campo de "**Evolución y Curso Clínico**".



Fig 67.- Evolución y curso clínico

6.2.6 Juicio Clínico

En este apartado se introduce la afirmación sobre la situación clínica del paciente.



Fig 68.- Juicio clínico

6.2.7 Tratamiento

Aquí se insertará el tratamiento a seguir por el paciente:

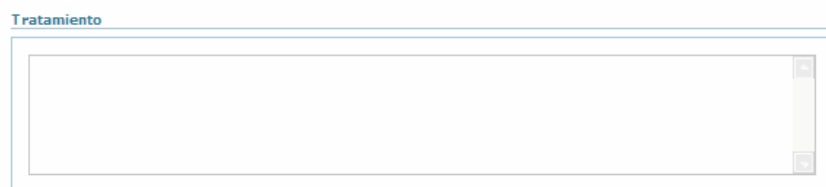


Fig 69.- Tratamiento

6.2.8 Plan de actuación

En este apartado se incluirá toda aquella información complementaria que forme parte del plan terapéutico y no se exponga en los otros campos.

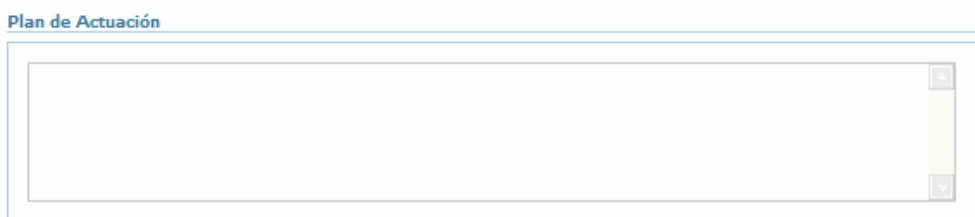


Fig 70.- Plan de actuación

6.2.9 Revisiones

En este apartado se insertarán las revisiones del paciente.

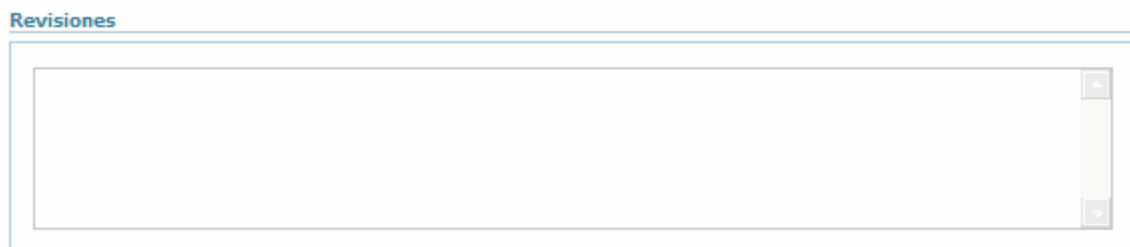


Fig 71.- Revisiones

6.2.10 Firmas adicionales

En este último apartado se insertarán la/s firma/s de facultativos que quieran firmar el Informe de Consulta.

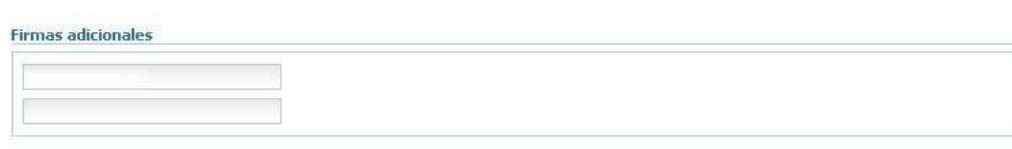


Fig 72.- firmas adicionales

6.3 **Guardar un Informe de Consulta**

El Informe de Consulta permite guardar la información almacenada de dos formas: provisional y definitiva.

6.3.1 Guardar en forma Provisional

Si se desea guardar la información de forma que después pueda ser consultada y modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Provisional**".

Al final de la página tendremos el botón .

6.3.2 Guardar en forma Definitiva

Si se desea guardar la información de forma que después sólo pueda ser consultada y NO modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Definitiva**".

Al final de la página tendremos el botón .

Al pulsarlo aparecerá una ventana de "Identificación de usuario" donde al validar el usuario y la contraseña se guardará el informe en forma definitiva.

6.4 Impresión y Previsualización

El Informe de Consulta permite la impresión del informe presentada en pantalla, así como la visualización previa antes de imprimirlo para revisar los detalles.

6.4.1 Impresión

Si se desea imprimir el Informe de Consulta cuando se encuentra en estado definitivo deberemos usar el icono que se encuentra en la parte superior derecha del informe. Al pulsar este icono aparecerá una pantalla donde se podrá elegir entre previsualizar en formato PDF o en formato WEB.



Fig 73.- Ventana de impresión de documentos definitivos

6.4.2 Previsualizar

Si se desea imprimir el Informe de Consulta, cuando aún se encuentra en estado provisional deberemos usar el icono  que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja. Al pulsar este icono se mostrará una pantalla que permitirá elegir entre previsualizar en formato **PDF** o en formato **WEB**.



Fig 74.- Ventana de previsualización de documentos provisionales

6.5 Guardar Plantilla

El Informe de Consulta permite guardar plantillas para reutilizar la información común a muchas hojas. Así, para guardar una plantilla pulsaremos el botón "**Guardar Plantilla**",  que se encuentra al final de la página.

6.5.1 Mis Plantillas

Si se ha guardado previamente alguna plantilla, podremos acceder a ellas a través del botón "**Mis Plantillas**" situado arriba a la derecha. El procedimiento para acceder, modificar y eliminar plantillas se describe en la sección.

6.6 Circuito Consultas Externas

NOTA: Para más detalle sobre el circuito de Consultas Externas, consultar el manual 10. Consultas Externas