



Servicio Andaluz de Salud

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Estación Clínica

Manual de Usuario – Procesos asistenciales

Versión: v03.r16

Fecha: 20/03/2014

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	Procesos asistenciales.docx		
Autor	everis		
Versión/Edición	v03.r16	Fecha Versión	20/03/2014
Aprobado por		Fecha Aprobación	
		Nº Total Páginas	59

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

Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
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
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
V03.14	Actualización del Manual	everis	21 Marzo 2013
V03.15	Actualización del Manual	everis	10 Abril 2013
V03.16	Actualización del Manual	everis	20 marzo 2014

ÍNDICE

PROCESOS ASISTENCIALES	6
1 Creación de un Proceso Asistencial	7
2 Informe de Proceso en Estado Provisional	8
3 Informe de Proceso en Estado Abierto	10
3.1 Actualización del Proceso Asistencial	11
3.2 Cierre del Proceso Asistencial	12
4 Informe de Proceso en Estado Cerrado	13
5 Asociación de Estudios, Informes y Episodios a Procesos Asistenciales	13
5.1 Individualmente	15
5.2 En Grupo	16
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL	18
1 Informe de Resumen Clínico	18
1.1 Crear un Nuevo Informe de Resumen Clínico	18
1.2 Consulta de Informe de Resumen Clínico	21
2 Hoja de Interconsulta	21
2.1 Crear Hoja de Interconsulta	22
2.2 Responder Hoja de Interconsulta	24
2.2.1 Hoja de Interconsulta Enviada a una Unidad Funcional	29
2.3 Hoja de Interconsulta: Consulta de Respuesta Definitiva	30
3 Orden de Tratamiento/ Prescripción de Farmacia.	32
3.1 Crear una nueva Prescripción de Farmacia	32
3.2 Pestaña Prescripción	33
3.3 Pestaña Histórico de prescripciones	35
3.4 Pestaña administración	36
4 Hoja de constantes de Enfermería.	38
5 Hoja Quirúrgica	40
5.1 Crear una nueva Hoja Quirúrgica	40
5.1.1 Pestaña “Enfermería”	43
5.1.2 Pestaña “Cirujano”	45
5.1.3 Pestaña “Anestesia”	50



6	Hoja de Preanestesia	52
6.1	Crear una nueva Hoja de Preanestesia.....	52
6.1.1	Utilidad para definir anestesiólogo	59
6.1.2	Utilidad para Agregar Intervención	59

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 Cardíaca”, 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.



Fig 1.- Botón para activar 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.

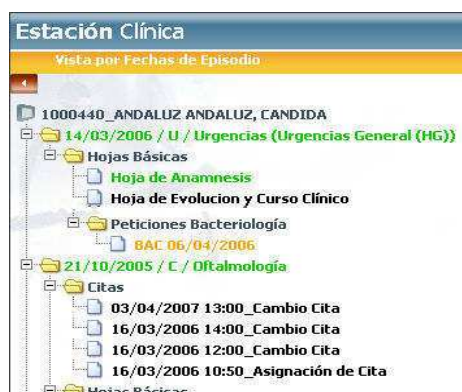


Fig 2.- Árbol de Procesos Asistenciales

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 agrupará 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.



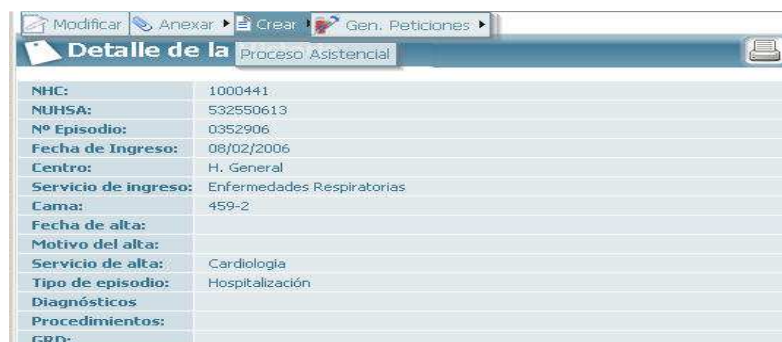
NHC:	1000440
NUHSA:	-
Nº de la Seguridad Social:	-
Nombre y Apellidos:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ
N.I.F.:	27742447
Fecha de Nacimiento:	01/02/1950
Dirección:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.
Código Postal:	41006
Localidad:	SEVILLA
Provincia:	SEVILLA
Teléfono:	954529361
Médico de Familia:	
Centro de Salud Asociado:	
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



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:	Cardiología
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.

También se incorpora la funcionalidad de que la creación del proceso asistencial se realice de forma automática, permitiendo una modificación en la configuración para cambiar esa autogeneración. En este modo, cuando se cree un nuevo informe se podrá crear de forma automática el proceso asistencial y cada nuevo informe relacionado que se cree se añadirá automáticamente al proceso asistencial.

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:



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

Informe de Proceso Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1000441	Nº Episodio:	-	LUZ
NUHSA:	532550613	Tipo Ingreso:	-	
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Mujer	
		Localidad:	DOS HERMANAS	CP: 41009
		Provincia:	SEVILLA	

Datos del informe

Médico: Fecha: 02 / 05 / 2006

Causa de entrada en el proceso

Proceso asistencial de

Motivo de entrada al proceso

Guarda el informe como provisional **Guarda el informe como definitivo**

Version provisional **Version definitiva**

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:

Proceso asistencial de: Atención al enfermo pluripatológico

Categoría A ☐ Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA(1) ☐ Cardiopatía isquémica Categoría B ☐ Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas ☐ Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria(2), mantenidos durante 3 meses Categoría C ☐ Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC(3), o FEV1<65%, o SaO2<90 Categoría D ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal ☐ Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular(4) o hipertensión portal(5)	Categoría E ☐ Ataque cerebrovascular ☐ Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60) ☐ Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores) Categoría F ☐ Arteriopatía periférica sintomática ☐ Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática Categoría G ☐ Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses ☐ Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa Categoría H ☐ Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60)
---	--

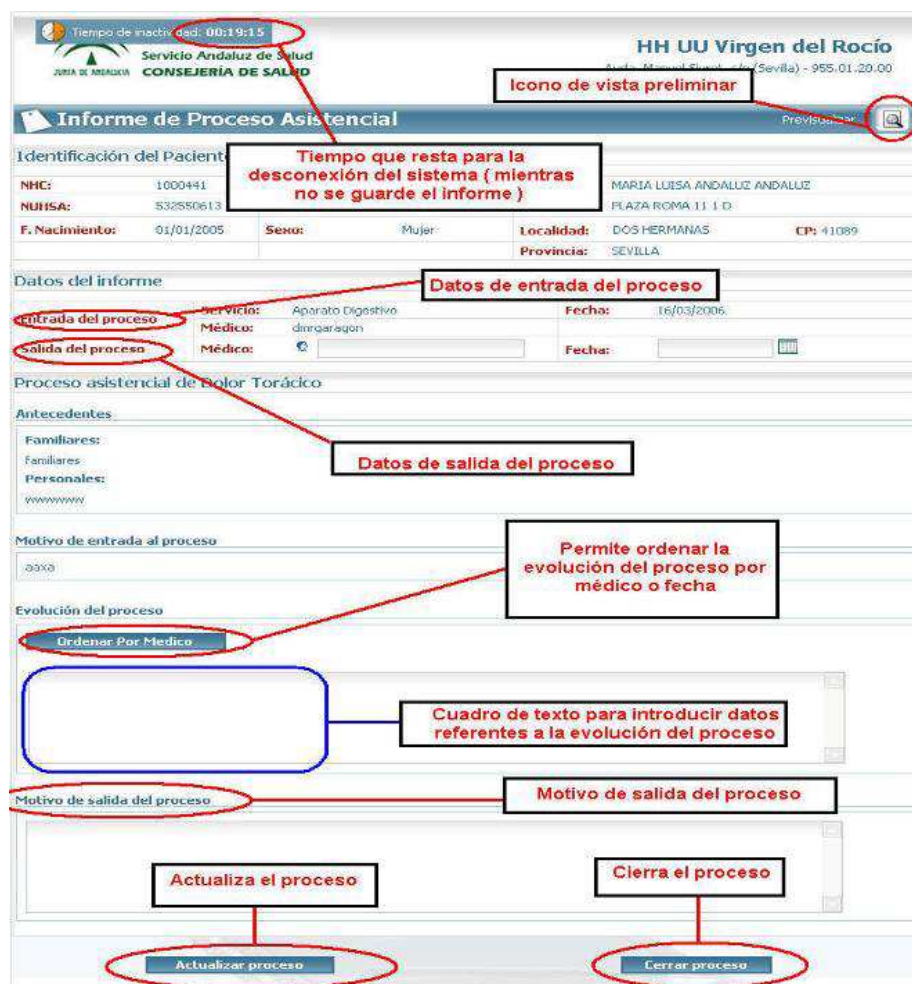
1 Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
2 Índice albuminuria: Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albúmina >300 mg/día en orina de 24 horas.
3 Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
4 INR >1,7 albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
5 Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

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:



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

Informe de Proceso Asistencial

Identificación del Paciente

NHC: 1000441
NUIISA: 532550613
F. Nacimiento: 01/01/2005
Sexo: Mujer
Localidad: DOS HERMANAS
Provincia: SEVILLA
CP: 41089

MARIA LUISA ANDALUZ ANDALUZ
PLAZA ROMA 11 I.D.

Datos del informe

Datos de entrada del proceso

Entrada del proceso: Servicio: Aparato Digestivo
Medico: digestaragon
Fecha: 16/03/2006

Salida del proceso: Medico:
Fecha:

Proceso asistencial de Dolor Torácico

Antecedentes

Familiares:
Personales:
www.wwww

Motivo de entrada al proceso

Evolución del proceso

Ordenar Por Medico

Cuadro de texto para introducir datos referentes a la evolución del proceso

Motivo de salida del proceso

Actualiza el proceso

Cierra el proceso

Actualizar 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	
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.

Modificación de Comentario Informe de Proceso

FGHFDGHFG

Aceptar Cancelar

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

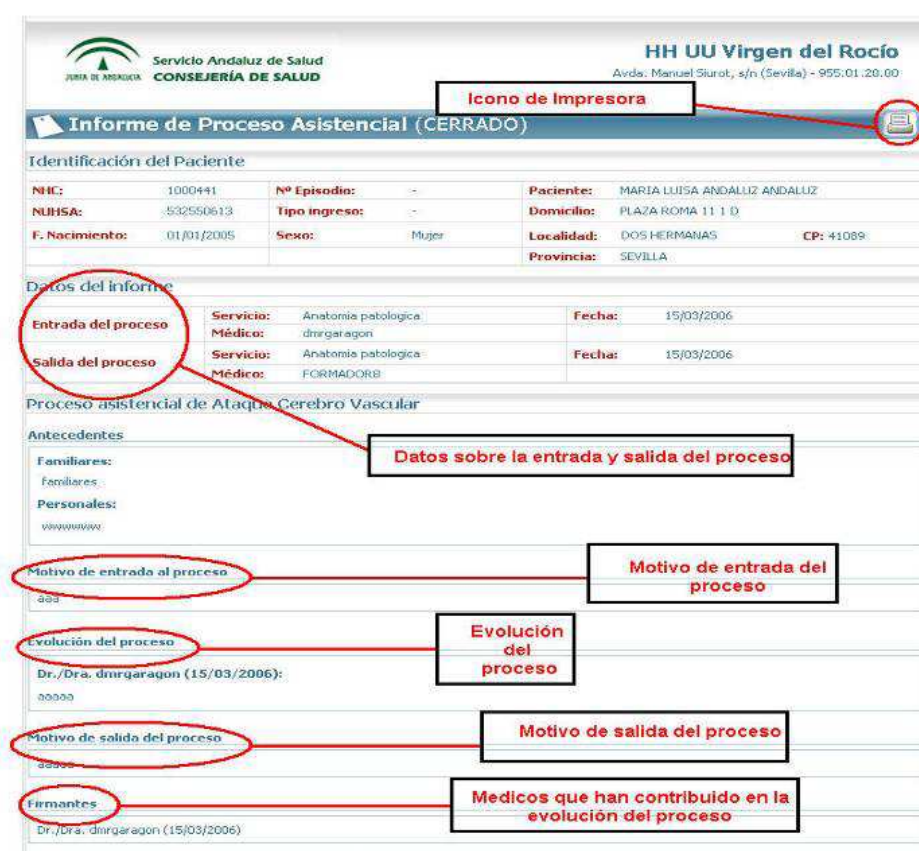
3.2 Cierre del Proceso Asistencial

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:



Informe de Proceso Asistencial (CERRADO)

Identificación del Paciente

NHC:	1000441	Nº Episodio:	-	Paciente:	MARIA LUISA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	532550613	Tipo ingreso:	-	Domicilio:	PLAZA ROMA 11 1 D
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Mujer	Localidad:	DOS HERMANAS CP: 41089
				Provincia:	SEVILLA

Datos del informe

Entrada del proceso	Servicio:	Anatomía patológica	Fecha:	15/03/2006
	Médico:	dmrqraragon		
Salida del proceso	Servicio:	Anatomía patológica	Fecha:	15/03/2006
	Médico:	FORMADORES		

Proceso asistencial de Ataque Cerebro Vascular

Antecedentes

Familiares:

Personales:

www.wvvv

Motivo de entrada al proceso

Evolución del proceso

Dr./Dra. dmrqraragon (15/03/2006):

Motivo de salida del proceso

Firmantes

Dr./Dra. dmrqraragon (15/03/2006)

Fig 9.- Informe de Proceso en Estado Cerrado

5 Vista del Proceso Asistencial

Una vez creado el Proceso Asistencial, se podrá visualizar en qué estado se encuentra el mismo, cuantos informes tiene asociados, una vista resumen del Proceso Asistencial y también el propio informe en sí. Para ello, hacemos click en la parte posterior de la pantalla en “Vista agrupada de informes”.

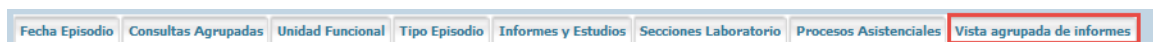


Fig 10.- Acceso al menú de Procesis Asistenciales

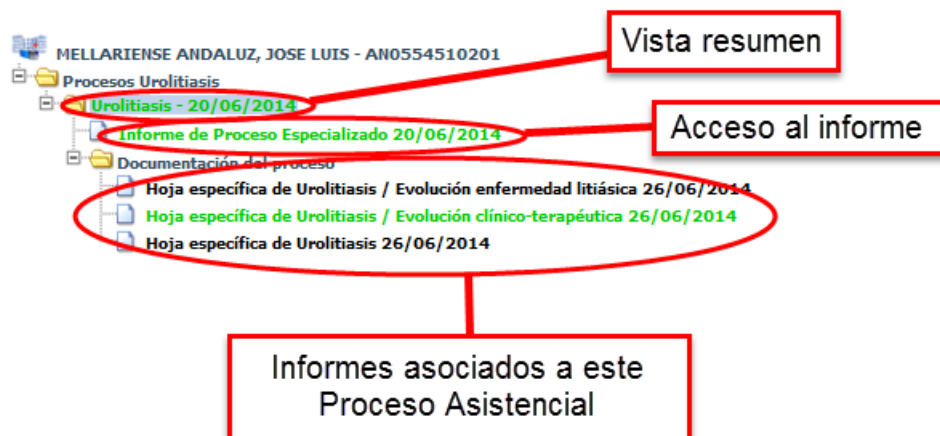


Fig 11.- Opciones dentro del menú de Proceso Asistencial

5.1 Vista Resumen

La vista resumen además de ver los datos más relevantes del Proceso Asistencial nos presenta una vista cronológica del proceso, donde se podrá ver cuando se abrió, las distintas visitas del paciente y también cuando se cierra el proceso.



Fig 12.- Vista cronológica del Proceso Asistencial

El código de colores de la vista cronológica es: azul, informe en estado definitivo; verde, informe en estado provisional. Por otro lado, la letra A hace referencia a la hoja de anamnesis y la letra E a la hoja de evolución.

Desde esta vista, si se hace click en alguno de los eventos que se muestran se accederá directamente al informe correspondiente.

6 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).

6.1 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.

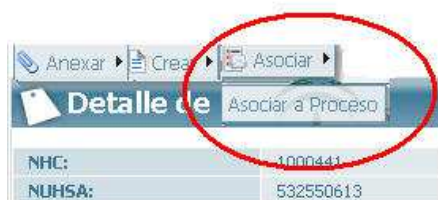


Fig 13.- Menú Asociar a Proceso

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.

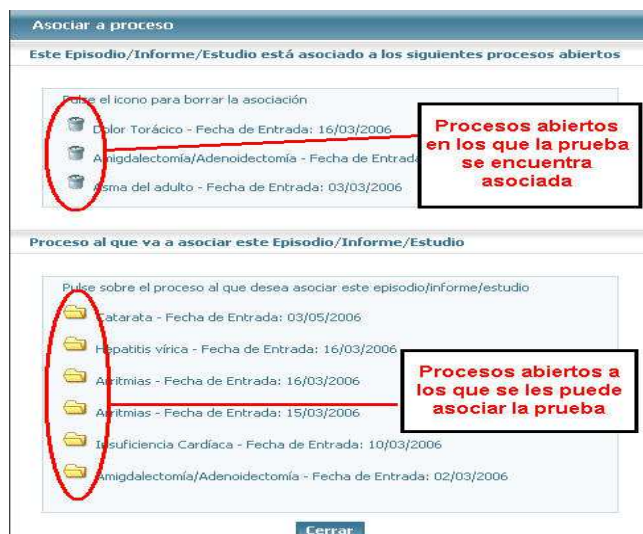


Fig 14.- Ventana de asociación de un estudio/informe/episodio a un proceso

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 ). Para eliminar esta asociación, se debe desasociar el episodio donde se encuentra el estudio o informe y que se encuentra asociado al proceso.

6.2 En Grupo

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

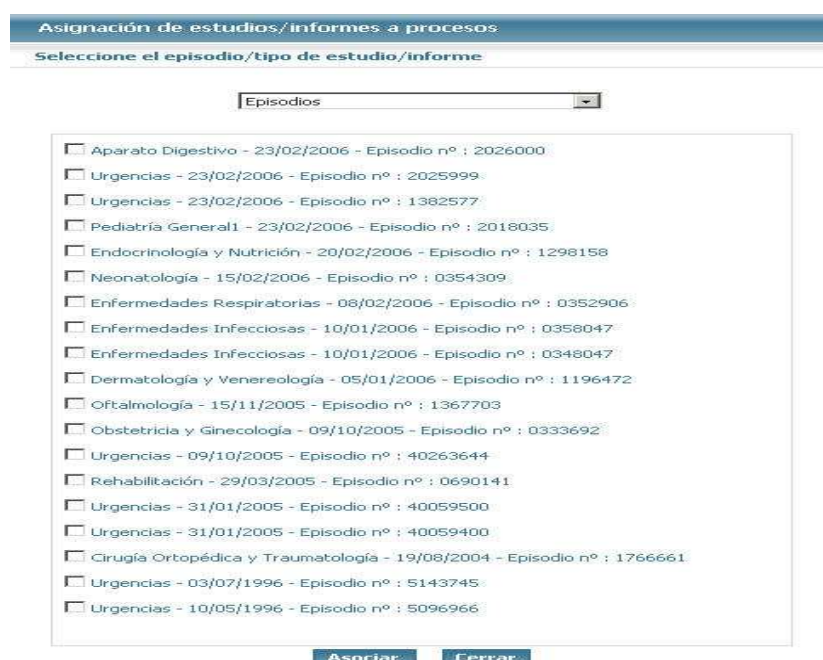
Para realizar esta operación nos situaremos en la Ventana de Detalle del Proceso Asistencial de un proceso en estado abierto:

Menú Asociar – Asociar Estudios/Informes



Fig 15.- Menú Asociar Estudios/Informes/Episodios a un Proceso Asistencial

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



Asignación de estudios/informes a procesos

Seleccione el episodio/tipo de estudio/informe

Episodios

- ☐ Aparato Digestivo - 23/02/2006 - Episodio nº : 2026000
- ☐ Urgencias - 23/02/2006 - Episodio nº : 2025999
- ☐ Urgencias - 23/02/2006 - Episodio nº : 1382577
- ☐ Pediatría General1 - 23/02/2006 - Episodio nº : 2018035
- ☐ Endocrinología y Nutrición - 20/02/2006 - Episodio nº : 1298158
- ☐ Neonatología - 15/02/2006 - Episodio nº : 0354309
- ☐ Enfermedades Respiratorias - 08/02/2006 - Episodio nº : 0352906
- ☐ Enfermedades Infecciosas - 10/01/2006 - Episodio nº : 0358047
- ☐ Enfermedades Infecciosas - 10/01/2006 - Episodio nº : 0348047
- ☐ Dermatología y Venereología - 05/01/2006 - Episodio nº : 1196472
- ☐ Oftalmología - 15/11/2005 - Episodio nº : 1367703
- ☐ Obstetricia y Ginecología - 09/10/2005 - Episodio nº : 0333692
- ☐ Urgencias - 09/10/2005 - Episodio nº : 40263644
- ☐ Rehabilitación - 29/03/2005 - Episodio nº : 0690141
- ☐ Urgencias - 31/01/2005 - Episodio nº : 40059500
- ☐ Urgencias - 31/01/2005 - Episodio nº : 40059400
- ☐ Cirugía Ortopédica y Traumatología - 19/08/2004 - Episodio nº : 1766661
- ☐ Urgencias - 03/07/1996 - Episodio nº : 5143745
- ☐ Urgencias - 10/05/1996 - Episodio nº : 5096966

Asociar **Cerrar**

Fig 16.- 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.

7 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.

7.1 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.

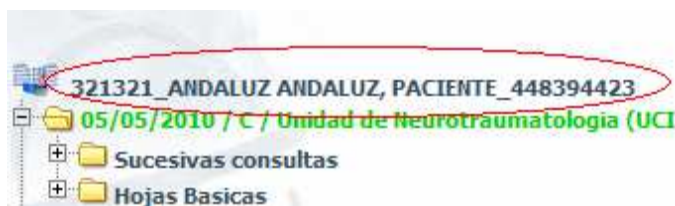


Fig 17.- Árbol de Episodios

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.

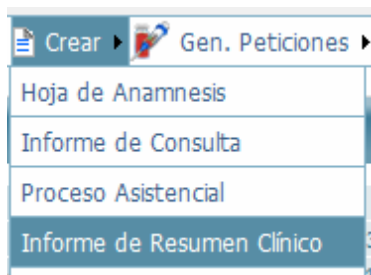


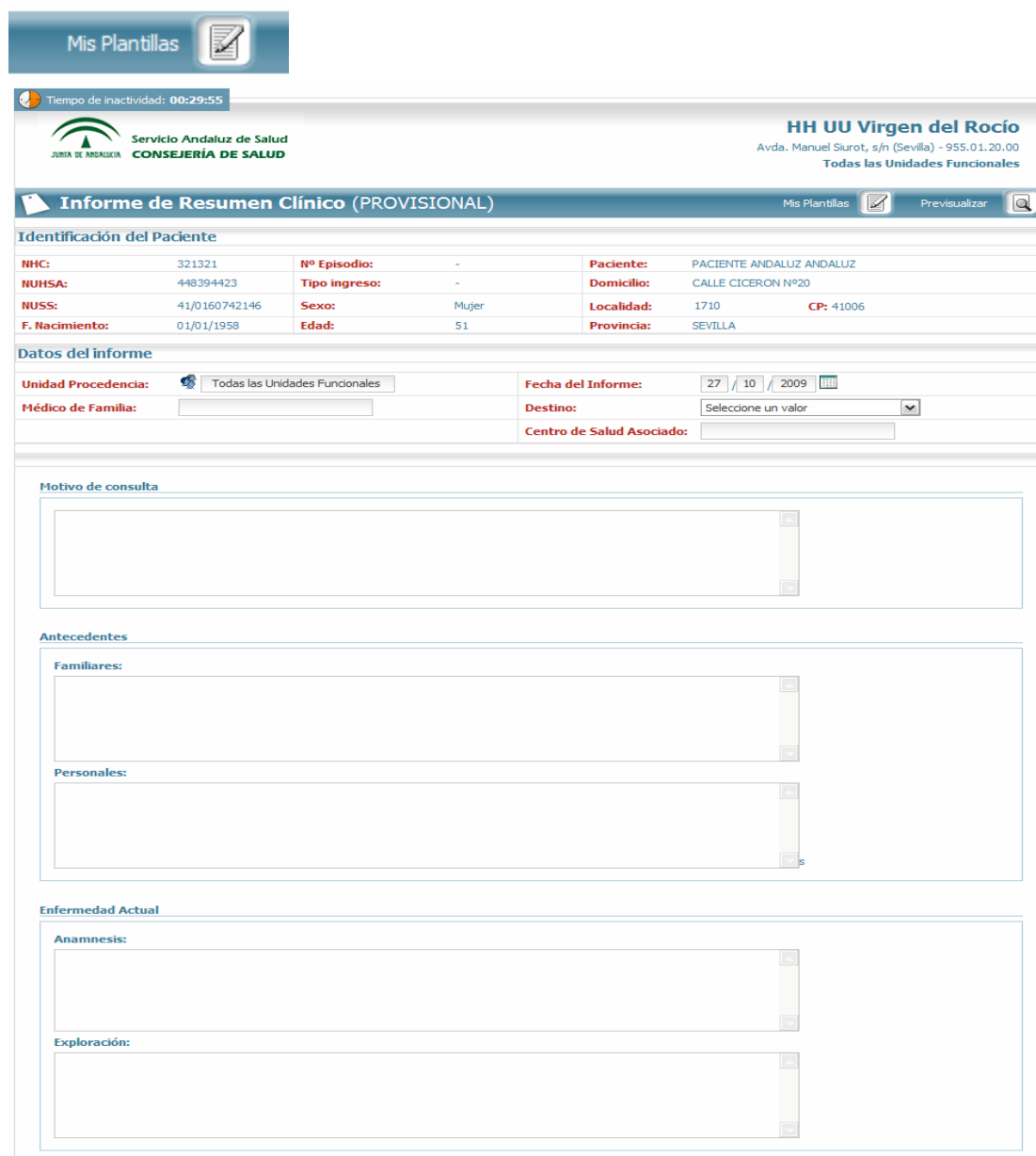
Fig 18.- Creación de Informe de Resumen Clínico

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.



Mis Plantillas

Tiempo de inactividad: 00:29:55

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Todas las Unidades Funcionales

Informe de Resumen Clínico (PROVISIONAL) Mis Plantillas Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	321321	Nº Episodio:	-	Paciente:	PACIENTE ANDALUZ ANDALUZ	
NUHSA:	448394423	Tipo ingreso:	-	Domicilio:	CALLE CICERON Nº20	
NUSS:	41/0160742146	Sexo:	Mujer	Localidad:	1710	CP: 41006
F. Nacimiento:	01/01/1958	Edad:	51	Provincia:	SEVILLA	

Datos del informe

Unidad Procedencia: Todas las Unidades Funcionales Fecha del Informe: 27 / 10 / 2009

Médico de Familia: Destino: Seleccione un valor

Centro de Salud Asociado:

Motivo de consulta

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Anamnesis:

Exploración:

Fig 19.- Formulario de Informe de Resumen Clínico Parte 1



Pruebas Complementarias

--	--

Evolución y curso Clínico

--	--

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

--	--

Juicio Clínico

Principal:	
Secundarios:	
a.:	
b.:	

Tratamiento

--	--

Plan de Actuación

--	--

Revisiones

--	--

Firmas adicionales

Fig 20.- 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.

7.2 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.

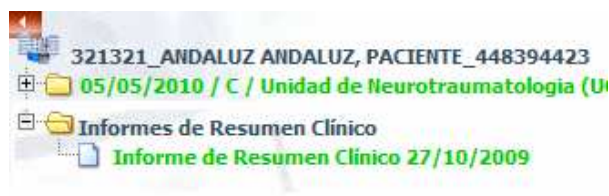


Fig 21.- Historia con un Informe de Resumen Clínico

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.

8 Hoja de Interconsulta

Todo Episodio de hospitalización, el cual tiene que estar abierto, puede tener una Hoja de Interconsulta. Sólo se podrá tener una Hoja de Interconsulta para un mismo episodio y una misma Unidad Funcional. El ciclo de vida de estos documentos se detalla a continuación:

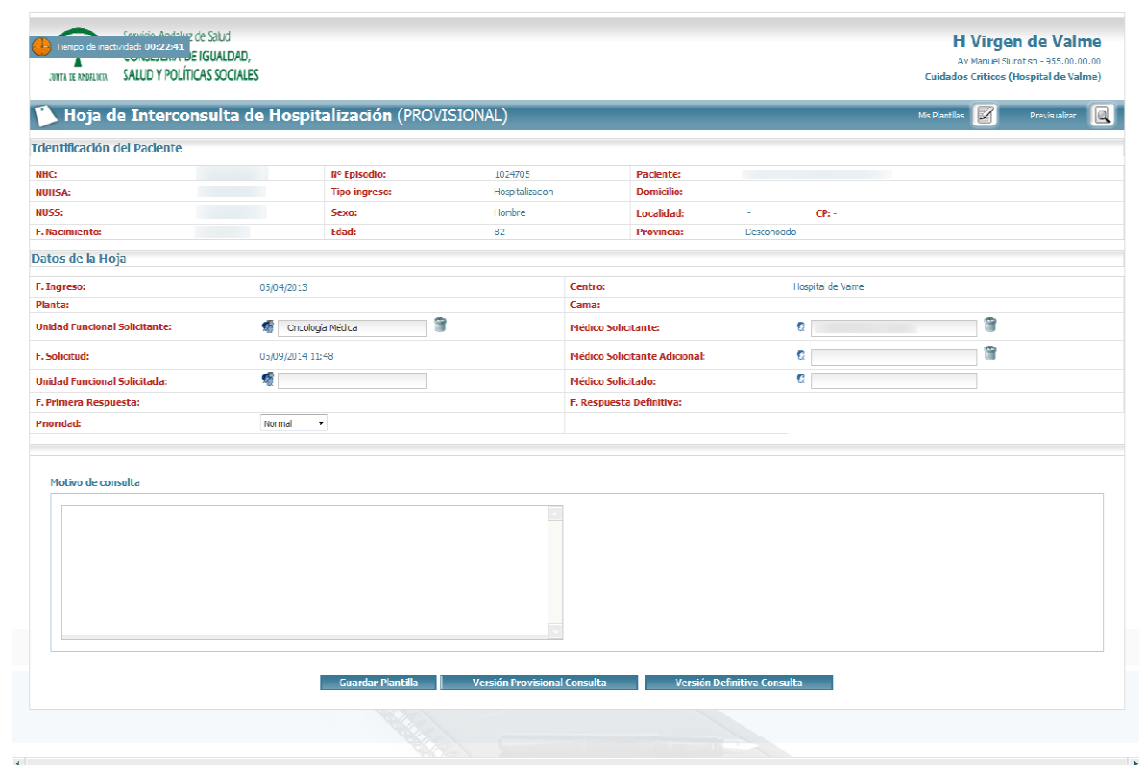
8.1 Crear Hoja de Interconsulta

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 22.- Ventana de Detalle de Episodio Clínico

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



Hoja de Interconsulta de Hospitalización (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:		Nº Episodio:	1024705	Paciente:	
NUHSA:		Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	
NUSS:		Sexo:	Hombre	Localidad:	
F. Nacimiento:		Edad:	82	Provincia:	Licenceado

Datos de la Hoja

F. Ingreso:	03/04/2013	Centro:	Hospital de Valme
Plantas:		Camas:	
Unidad Funcional Solicitante:	Neurología Medica	Médico Solicitante:	
F. Solicitado:	03/09/2014 11:48	Médico Solicitante Adicional:	
Unidad Funcional Solicitada:		Médico Solicitado:	
F. Primera Respuesta:		F. Respuesta Definitiva:	
Procedimiento:	Normal		

Motivo de consulta

Guardar Plantilla Versión Provisional Consulta Versión Definitiva Consulta

Fig 23.- Formulario de consulta de la Hoja de Interconsulta

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

-  **Unidad Funcional Solicitada:** 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.
-  **Médico Solicitado:** 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 Alergología Anatomía Patológica Anestesia UCMA Anestesia y Área Quirúrgica Anestesiología General Aceptar Cancelar Ventana de Selección de Unidad Funcional	Seleccione Facultativo FORMADOR6 FORMADOR7 FORMADOR8 Aceptar Cancelar Ventana de Selección de Médico
--	---

-  **Unidad Funcional Solicitante:** de igual forma que la Unidad Funcional Solicitada funcional la Unidad Funcional Solicitante. Este campo se cargará automáticamente con la Unidad Funcional del facultativo que crea la Hoja de Interconsulta.
-  **Médico Solicitante:** Al igual que el Médico Solicitado funciona el campo Médico Solicitante. Este campo se precargará por defecto con el nombre del facultativo que crea la Hoja de Interconsulta.
-  **Médico Solicitante Adicional:** Se incluye la posibilidad de incluir un segundo Médico Solicitante de la consulta.

- ✚ **Designación de Prioridad:** el usuario podrá identificar si la consulta que realiza tiene una prioridad Normal, Preferente o Urgente.
- ✚ **Fecha de Solicitud:** Se rellena automáticamente con la fecha de creación de la hoja de interconsulta.
- ✚ **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. Aún no se envía la consulta al Médico Solicitado.
- ✚ **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.
- ✚ **Botón Guardar Plantilla:** Permite la creación de una plantilla

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.

8.2 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.

El buzón se encuentra en la esquina superior izquierda de la ventana y será accesible por todos los miembros de la Unidad Funcional.

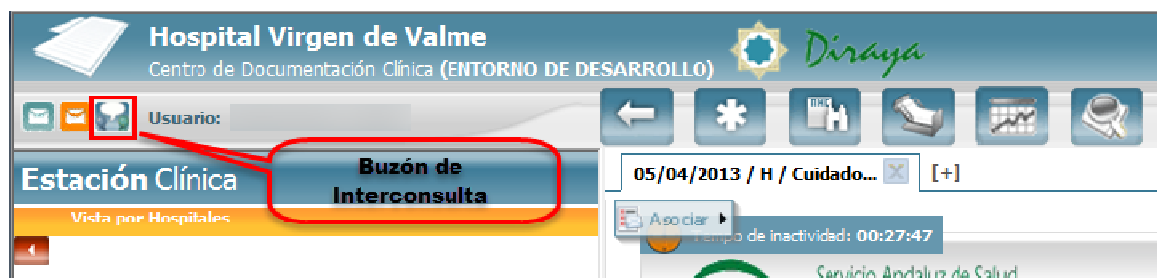


Fig 24.- Acceso al buzón de Interconsulta.

En el buzón aparecerán todas las consultas que estén pendientes de respuesta de una Unidad Funcional, en la siguiente imagen se puede ver:

Lista de Hojas de Interconsulta para Oncología Médica

Unidad Funcional: Oncología Médica

Unidad solicitante	Médico solicitante	Médico solicitado	Estado	Fecha creación	Fecha respuesta	Fecha última actualización
Oncología Médica			Pendiente de respuesta	05/09/2014 12:52	05/09/2014 12:52	05/09/2014 12:52
Oncología Médica			En seguimiento	04/07/2014 12:40	05/09/2014 11:38	05/09/2014 11:38
Oncología Médica			Cerrada	04/07/2014 12:20	04/07/2014 12:30	04/07/2014 12:30

Cerrar

El estado de una consulta puede ser pendiente de respuesta, en seguimiento o cerrada.

Fig 25.- Buzón de Interconsulta para una Unidad Funcional

En ambos caso se abrirá el formulario de respuesta de la Hoja de Interconsulta en la historia del paciente, cuya estructura es la siguiente:

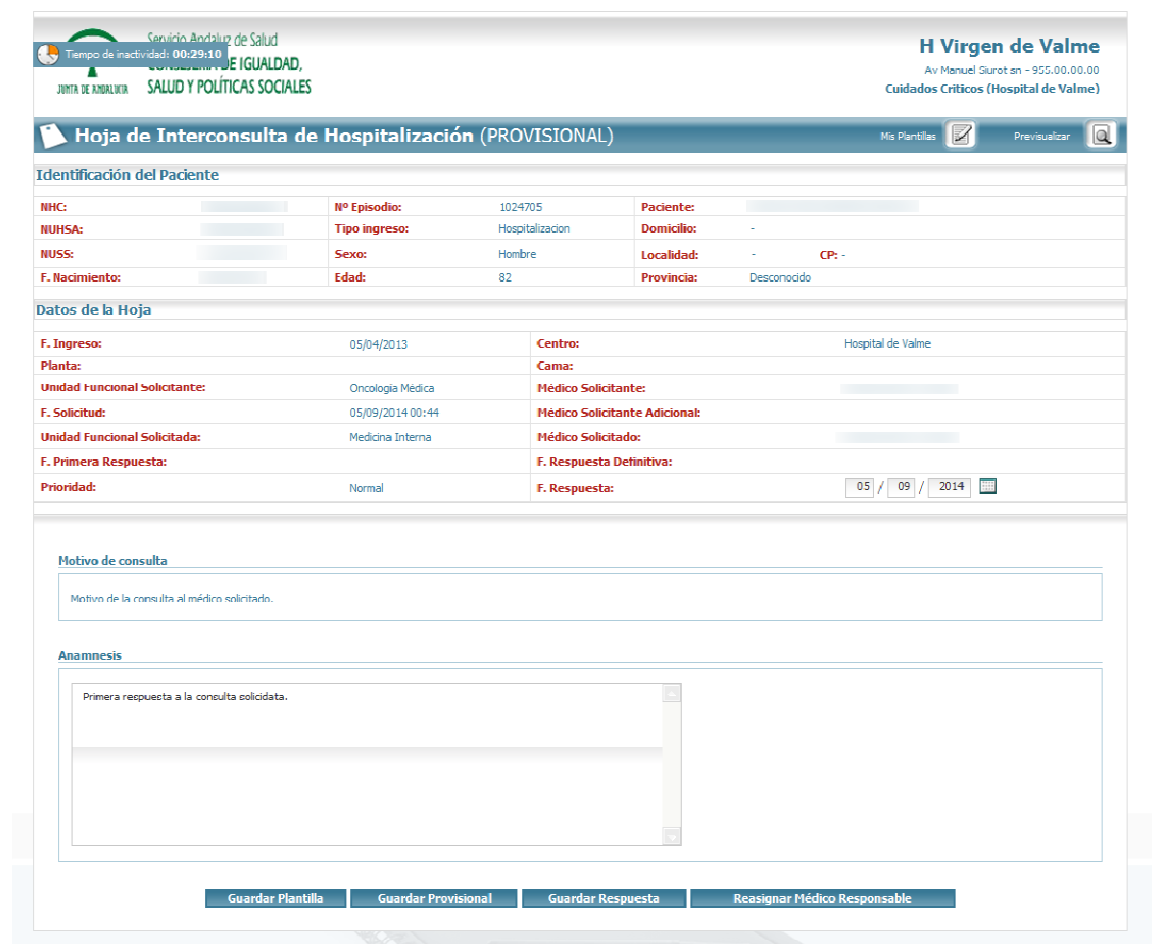


Fig 26.- Formulario de respuesta de la Hoja de Interconsulta sin ninguna respuesta

Algunas características de este formulario se detallan a continuación:

-  **Botón Guardar Provisional:** 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 lo 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.

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 Guardar 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 los usuarios con permisos para ello.
-  **Botón Guardar Plantilla:** Permite la creación de una plantilla con la información rellenada actualmente para futuras respuestas a consultas.

La primera respuesta que se haga para la consulta se guardará en el campo bajo título “Anamnesis”, en este momento la Hoja de Interconsulta pasa de estado “pendiente de respuesta” a “en seguimiento”. Futuras respuestas que se hagan para esta consulta ya en seguimiento tendrán los mismos campos que una hoja de evolución como se puede ver en la siguiente imagen.

Cada respuesta que se guarde aparecerá con su fecha y el facultativo firmante, permitiendo seguir añadiendo distintas respuestas hasta que se cierre la interconsulta, momento en el cual la hoja pasará a estar en estado “cerrada”.

Los botones que aparecen en esta ventana serán los mismos que aparecen la primera vez que se responde a la Hoja de Interconsulta.



Hoja de Interconsulta de Hospitalización (PROVISIONAL)				Previsualizar	
Identificación del Paciente					
NIC:		Nº Episodio:	1024705	Paciente:	
MUSA:		Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	-
MUS:		Sexo:	Hombre	Localidad:	-
F. Nacimiento:		Edad:	52	Provincia:	Desconocida
Datos de la Hoja					
F. Ingreso:	05/04/2013	Centro:	Hospital de Valme		
Plant:		Cama:			
Unidad Funcional Solicitante:		Médico Solicitante:			
F. Solicitud:	05/09/2014 00:44	Médico Solicitante Adicional:			
Unidad Funcional Solicitada:		Médico Solicitado:			
F. Primera Respuesta:	05/09/2014 13:17	F. Respuesta Definitiva:			
Prioridad:		F. Respuesta:	05 / 09 / 2014		
Motivo de consulta					
Motivo de la consulta al médico solicitado.					
Anamnesis					
La primera respuesta a la consulta solicitada.					
Evolución					
05/09/2014 13:21: Evolución de la consulta					
Exploración					
05/09/2014 13:21: Exploración de la consulta					
Pruebas complementarias					
05/09/2014 13:21: Pruebas complementarias de la consulta.					
Historia Clínica					
Plan de Actuación					
05/09/2014 13:21: Plan de Actuación de la consulta.					
Firmantes					
(05/09/2014 13:17)					
Responsables					
(05/09/2014 13:40)					
Guardar Provisional					
Guardar Respuesta					
Cerrar Interconsulta					
Reasignar Médico Responsable					

Fig 27.- Hoja de Interconsulta en estado En Seguimiento

Cuando la Unidad responsable del episodio de hospitalización realiza el informe de alta de hospitalización, si hay una Hoja de Interconsulta no cerrada, mostrará un aviso al profesional indicándole esta circunstancia para que le recuerde incluir esta situación y posibles medidas a seguir en el plan de actuación.

Al guardar definitivo el informe de alta y cerrar el episodio, la hoja de interconsulta se cerrará de forma definitiva automáticamente.

8.2.1 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:

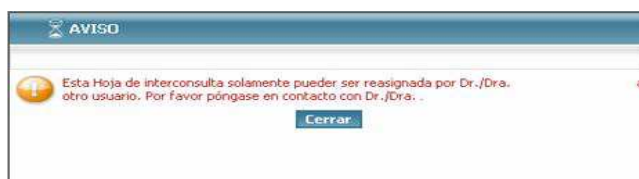


Fig 28.- Mensaje de notificación de falta de autoridad para asignar la Hoja de Interconsulta

Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		HH UU Virgen del Rocío Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00 Servicio Reumatología	
Sevilla, a 07/03/2006 11:39			
HOJA DE INTERCONSULTA DE CONSULTAS			
Identificación del Paciente			
NHC:	1000440	N. Episodio:	
NUHSA:	-	Tipo Ingreso:	Consultas
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer
Paciente:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ		
Domicilio:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.		
Localidad:	SEVILLA		
Provincia:	SEVILLA		
C.P.:	41006		
Datos del informe			
F. Ingreso:	27/08/2003		
Servicio Solicitante:	Cardiología		
F. Solicitud:	06/03/2006 14:54		
Servicio Solicitado:	Cardiología		
F. Primera Respuesta:	07/03/2006 11:39		
Prioridad:	Normal		
Médico Solicitante:	dmrgaragon		
Médico Solicitado:	dmrgaragon		
F. Respuesta Definitiva:	07/03/2006 11:39		
Motivo de consulta ssssssssssssssss ssssssssssssssss			
Firmantes Dr./Dra. dmrgaragon (07/03/2006 11:39)			
Responsables Dr./Dra. dmrgaragon (06/03/2006 14:54)			

Fig 29.- 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:

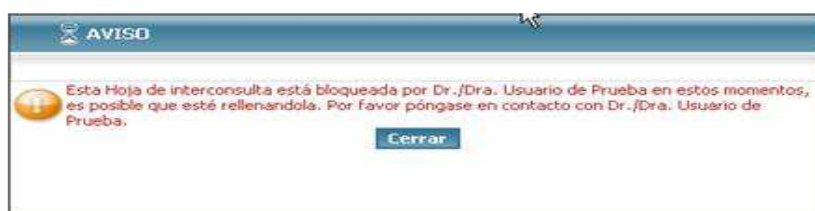


Fig 30.- Mensaje de aviso de bloqueo

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.

8.3 Consulta de la Hoja de Interconsulta.

Las distintas respuestas que se vayan añadiendo a la Hoja de Interconsulta se agregarán también a la Hoja de Evolución Y Curso Clínico del episodio desde el que se creó la Hoja de Interconsulta, en el caso de que no exista tal hoja se creará automáticamente. Aparecerá un botón desde el cual se podrá acceder a la Hoja de Interconsulta.

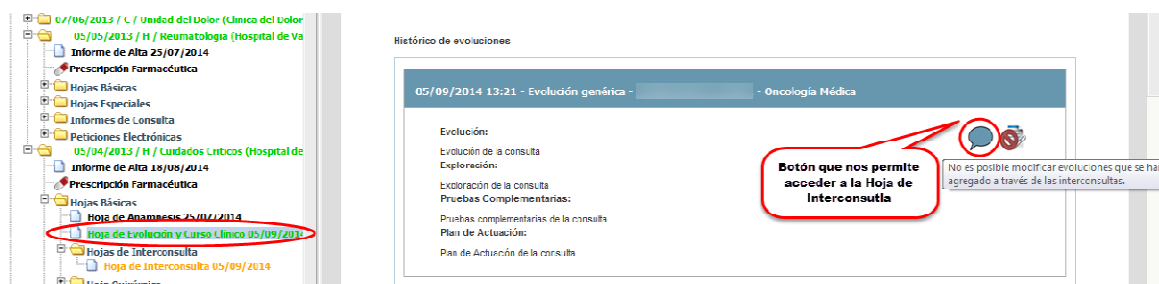


Fig 31.- Respuestas a la Interconsulta aparecen en la Hoja de Evolución Y Curso Clínico

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.



Hoja de Interconsulta de Hospitalización (Sevilla, a 05/09/2014)

Identificación del Paciente

NHC:		Nº Episodio:	1024705	Paciente:	
NUHSA:		Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	-
NUSS:		Sexo:	Hombre	Localidad:	- CP: -
F. Nacimiento:		Edad:	82	Provincia:	Desconocido

Datos de la Hoja

F. Ingreso:	05/04/2013	Centro:	Hospital de Valme
Planta:		Cama:	
Unidad Funcional Solicitante:	Unidad Desconocida	Médico Solicitante:	
F. Solicitud:	05/09/2014 03:44	Médico Solicitante Adicional:	
Unidad Funcional Solicitada:	Unidad Desconocida	Médico Solicitante:	
F. Primera Respuesta:	05/09/2014 13:17	F. Respuesta Definitiva:	05/09/2014 14:18
Prioridad:			

Motivo de consulta

Motivo de la consulta al médico solicitado.

Anamnesis

La primera respuesta a la consulta solicitada.

Evolución

Dr./Dra. (05/09/2014 13:21):
Evolución de la consulta

Exploración

Dr./Dra. (05/09/2014 13:21):
Exploración de la consulta

Pruebas complementarias

Dr./Dra. (05/09/2014 13:21):
Pruebas complementarias de la consulta.

Plan de Actuación

Dr./Dra. (05/09/2014 13:21):
Plan de Actuación de la consulta.

Firmantes

Dr./Dra. (05/09/2014 13:17)
Dr./Dra. (05/09/2014 14:17)

Responsables

Dr./Dra. (05/09/2014 12:49)

Fig 32.- Detalle de la Hoja de Interconsulta en Definitivo Respuesta

9 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.

9.1 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.

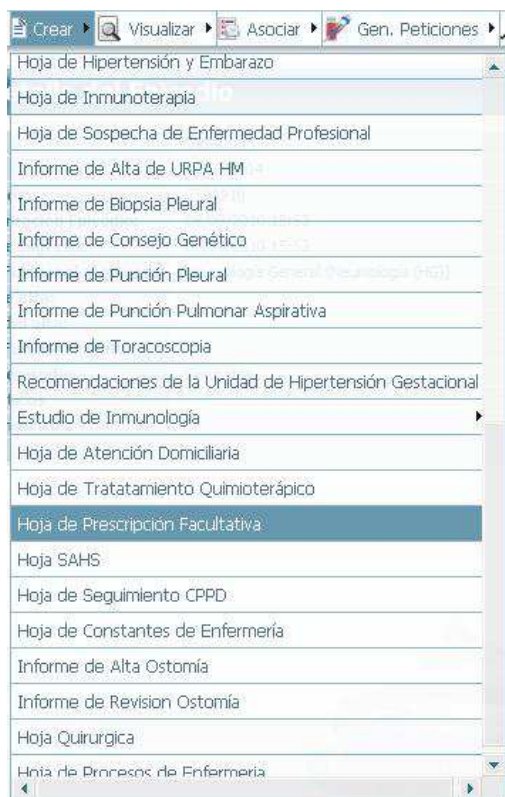


Fig 33.- Creación de una hoja de Prescripción Facultativa

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.

9.2 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.

Hoja de Prescripción Facultativa					
Prescripción		Histórico	Administración		
Identificación del Paciente					
NHC:	9999999	Nº Episodio:	2591910	Paciente:	RAFAEL ANDALUZ ANDALUZ
IUUSA:	985791904	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CALLE JUAN DE DIOS SOTO 7
IUSS:	41/109282231	Sexo:	Hombre	Localidad:	GINES CP: 41960
F. Nacimiento:	31/08/2003	Edad:	7	Provincia:	SEVILLA
Telefono:	954715007				
Datos de la Hoja					
Fecha:	22/09/2010	Peso (Kg):		Talla (m):	
Alergias:	SI ☐ No ☒				
Dietas:	SI ☐ No ☒				
Intervenciones de enfermería: SI ☐ No ☒					
Prescripciones Realizadas					
	Fármaco / Dosificación	Pauta	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Presc.
	No hay prescripciones actualmente.				
● Activa ● Interrumpida ● Suspendida ● Propuesta (farmacia) ✗ Pte. validar (farmacia) ✔ Validada (farmacia) – Prescripción original ■ Modificación (farmacia) (*) Valor deshabilitado (Se recomienda no usarlo) Nueva Prescripción					
Problemas que presenta el paciente					
Tratamiento Domiciliario					
Observaciones					

Fig 34.- Formulario de la pestaña prescripción

Al hacer clic sobre el botón de nueva prescripción (**Nueva Prescripción**), aparecerá la siguiente ventana:



Fig 35.- 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.



Fig 36.- Botones de la pestaña Prescripción

9.3 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.



Hoja de Prescripción Facultativa

Prescripción | **Histórico** | Administración

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	2591910	Paciente:	RAFAEL ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	985791904	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CALLE JUAN DE DIOS SOTO 7
NUSS:	41/1092822231	Sexo:	Hombre	Localidad:	GINES CP: 41960
F. Nacimiento:	31/08/2003	Edad:	7	Provincia:	SEVILLA
Telefono:	954715007				

Histórico de prescripciones

Fármaco / Dosificación	Pauta	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Presc.	Valid. Farmacia
No hay prescripciones actualmente.					

● Activa ● Interrumpida ● Suspendida ● Propuesta (farmacia) ✗ Pte. validar (farmacia) ✓ Validada (farmacia) – Prescripción original ■ Modificación (farmacia)

(*) Valor deshabilitado (Se recomienda no usarlo)

Fig 37.- Pestaña histórico de prescripciones

9.4 Pestaña administración

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

Hoja de Prescripción Facultativa

Prescripción | Histórico | **Administración**

Identificación del Paciente

NHC:	1008322	Nº Episodio:	2730570	Paciente:	VICTORIA SÁNCHEZ VELÁZQUEZ
NUHSA:	AN0595999323	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	-
NUSS:	41/0109886500	Sexo:	Mujer	Localidad:	- CP: -
F. Nacimiento:	14/04/2010	Edad:	0	Provincia:	Desconocido
Telefono:	-				

Datos de la Hoja

Administración de medicamentos prescritos

Fármaco / Dosificación	Pauta	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Administrar Dosis
INSULINA GLARGINA 10 UI 10 UI LANTUS PLUMA OPTISSET SUBCUTANEA	6 veces / día 6, 9, 13, 17, 20 Y 24 HORAS Día	24/06/2010 Lleva 91 días		

(*) Valor deshabilitado (Se recomienda no usarlo)

Realización de cuidados prescritos

PERFIL/INTERVENCIÓN	OTRA INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	INICIO	FIN	REALIZAR INTERVENCIÓN
	t	C/6h	01/02/2000	01/05/2013	

Actualizar Administraciones

Fig 38.- 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.

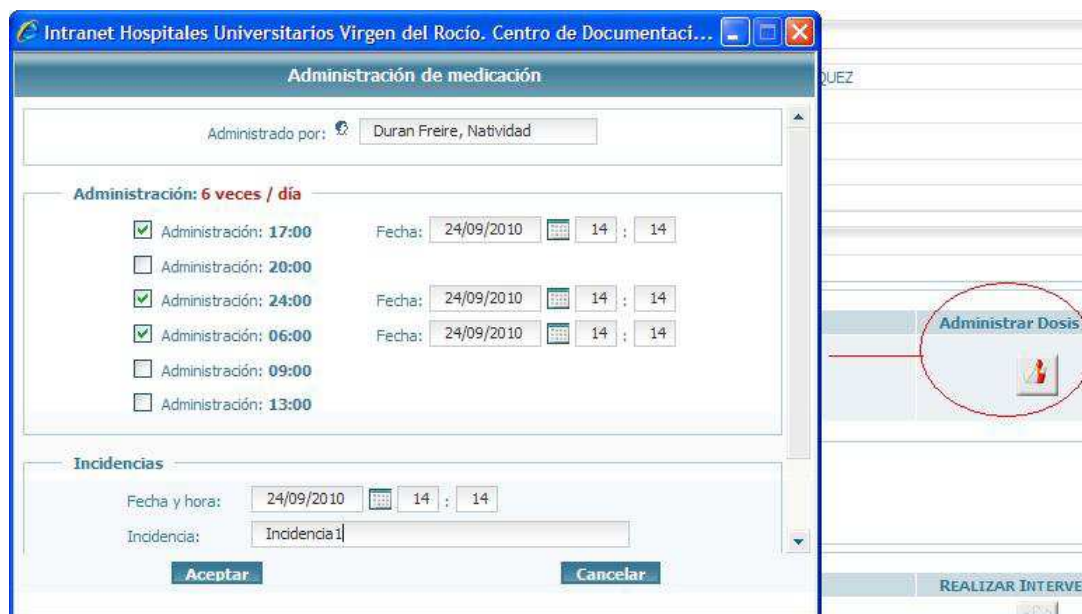


Fig 39.- Cuadro para la administración de la medicación prescrita

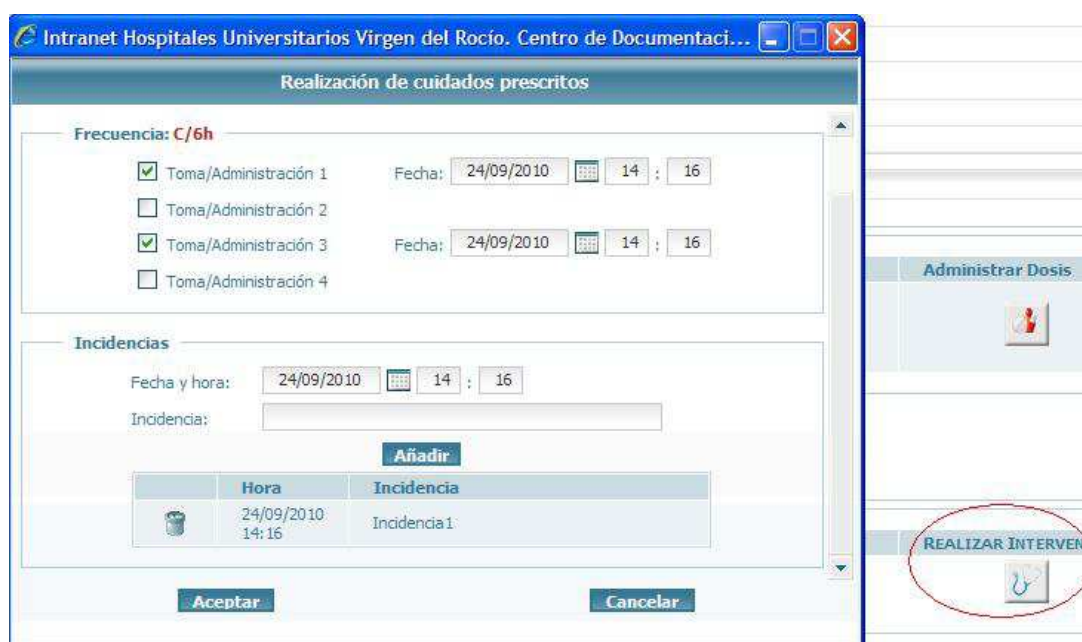


Fig 40.- Cuadro para la realización de las intervenciones prescritas

10 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.

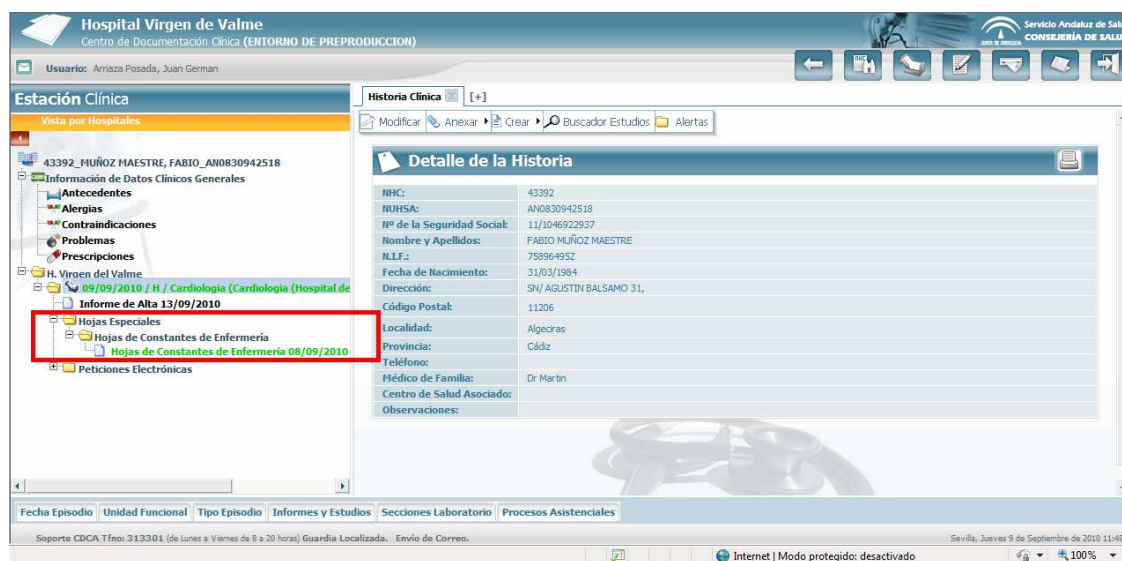


Fig 41.- Acceso a la hoja de constantes de enfermería

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...



Hoja de Constantes de Enfermería

Identificación del Paciente

NHC:	2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	-	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A	
NUSS:	41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido	CP: 41710
F. Nacimiento:	17/07/1996	Edad:	13	Provincia:	SEVILLA	

Fecha: 16/07/2010 **Mostrar**

Alergias

alergiaswa

Gráfica de Constantes

Tipo de gráfica: Horaria

Constantes por Hora

Hora	FC
4	90
5	85
6	80
7	75
8	70
9	65
10	60
11	60
12	60
13	60
14	60
15	60
16	60
17	60
18	60
19	60
20	60
21	60
22	60
23	60

Constantes

Nombre del Parámetro	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Constantes																
Frecuencia cardíaca			22: 60										56: 70			

Fig 42.- Hoja de constantes de enfermería

11 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. Si se selecciona la opción de creación a nivel de historia, el sistema automáticamente intentará asignar la hoja a un episodio, siguiendo el siguiente criterio:

1. Si existe un episodio de hospitalización abierto, se asociará a dicho episodio.
2. Si existe un episodio de urgencias abierto, se asociará a dicho episodio. No obstante, en el árbol de historia la hoja aparecerá en la carpeta “Información sin episodio asociado” hasta que se produzca el alta en urgencias, momento en el que aparecerá el episodio referido y la hoja se ubicará dentro del mismo.

11.1 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.

Diagnósticos prequirúrgico

Diagnósticos	
Descripción	Códigos CIE-9

Procedimientos prequirúrgico

Procedimientos	
Descripción	Códigos CIE-9

Fig 43.- 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 pre-quirúrgicos no aparecerán, ya que no existen.

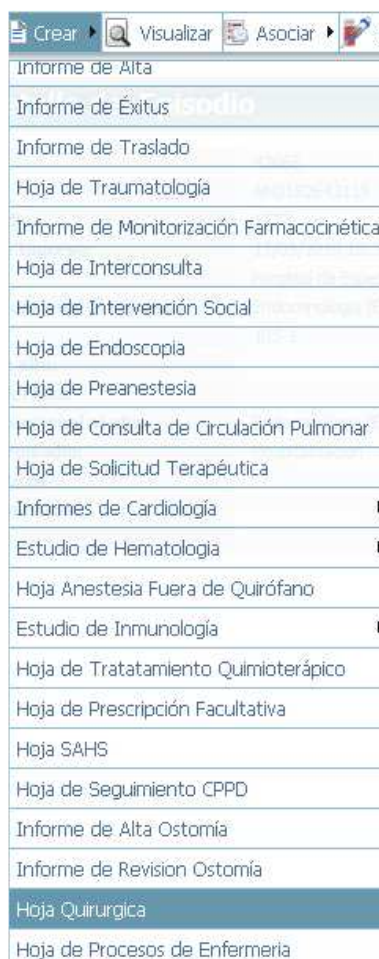


Fig 44.- Creación de Hoja Quirúrgica

11.1.1 Recuperación de datos procedentes de hojas previas

La hoja quirúrgica, en el momento de crearse o acceder por primera vez a ella, dará la posibilidad de recuperar información registrada en otras hojas previamente guardadas, dichas hojas son las siguientes:

- Hoja de Anamnesis: Al crear la hoja o al acceder a ella, si el paciente tiene una hoja de Anamnesis en el mismo episodio, el sistema preguntará si se desean arrastrar los datos de la hoja de anamnesis a la hoja quirúrgica con la siguiente pantalla:

¿Desea recuperar información de la Hoja de Anamnesis?

[Añadir Todos los Campos](#) [Continuar](#)

☐ **Motivo de Consulta:**
Motivo de ingreso

☐ **Antecedentes Familiares:**
xx

☐ **Antecedentes Personales:**
xx

☐ **Enfermedad Actual:**
Motivo de ingreso

☐ **Exploración:**
Exploración

☐ **Pruebas Complementarias:**
Pruebas Complementarias

☐ **Juicio Clínico:**
Juicio Clínico

☐ **Plan Actuación:**
Plan de Actuación

Figura 1.- Pantalla para recuperar la información previa de la hoja de Anamnesis.

- Hoja de Preanestesia: Si al paciente se le ha realizado una hoja de preanestesia previa, automáticamente se recuperarán los campos de la hoja de preanestesia a la pestaña “Anestesia” de la 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.

Seleccione Intervención

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

Elementos seleccionados:

2602718 - 2010-03-23 00:00:00.0
 2577020 - 2010-02-24 00:00:00.0

- Borrar - Borrar Todos

[Aceptar](#) [Cancelar](#)

Fig 45.- 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 tres pestañas, una para ser rellenada por el enfermero, otra por el cirujano y finalmente una para el anestesista. La opción de guardar y recuperar plantillas solo estará disponible en las pestañas de cirujano y anestesia y contendrá la información específica de estas pestañas:



Fig 118.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Cabecera

11.1.2 Pestaña “Enfermería”

El acceso a la pestaña de enfermería se realizará haciendo clic en la pestaña “Enfermería”. En dicha pestaña se tendrá un acceso a la estación de cuidados en la que se mostrarán los distintos campos a cumplimentar:

Enfermería

Cirujano

Anestesia

Prequirúrgica

Intraquirúrgica

Postquirúrgica

E.Perfusionista

Firmar

Edición

Valoración previa y P.Cuidados del paciente

Nivel funcional para actividad/movilidad

Seleccionar

Nivel de conciencia

Seleccionar

Riesgo UPP

Si

No

Cuidador principal

Tiene

No tiene/Desconocido

Nombre y parentesco/relación del cuidador

Diagnósticos

Ansiedad

NOC (e indicadores)

NIC

Temor

Potenciación de la seguridad

Enseñanza prequirúrgica

Disminución de la Ansiedad

Visita prequirúrgica

SA

No

Enfermera que la realiza

Verificación de la preparación quirúrgica

Alergias

No

SA

No procede

Avunas

No

SA

No procede

Prátesis retirada

No

SA

No procede

Reserva hemoderivados

No

SA

No procede

Consentimientos Informados

No

Si

Quirúrgico

Anestésico

Transfusional

Premedicación anestésica administrada

Fármaco

Dosis

Hora

+

No se han añadido Premedicación anestésica administrada

Profilaxis tromboembólica

Dispositivo

Fármaco

Dosis

Hora

+

Profilaxis antibiótica

Fármaco

Dosis

Hora

+

No se han añadido Profilaxis antibiótica

Señalización lugar correcto cirugía

Observaciones

Recepción quirúrgica

Valoración focalizada

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

Página 44 de 59



11.1.3 Pestaña “Cirujano”

Se agrupan los campos que son propios de completar por los cirujanos, si no se tiene el permiso correspondiente para dicho bloque dichos campos aparecerán como deshabilitados.



Enfermería	Cirujano	Anestesia		
Datos comunes de la hoja				
Fecha Ingreso:	25/04/2013	Servicio de Ingreso: Cardiología General (Hospital General Virgen del Rocío)		
Destino:	Seleccione un valor ▼	Sección: Cardiología General (Hospital General Virgen del Rocío)		
Suspensión de la Intervención ☐				
Diagnósticos prequirúrgico				
<table border="1"><thead><tr><th>Diagnósticos</th></tr></thead><tbody><tr><td>Descripción</td></tr></tbody></table>			Diagnósticos	Descripción
Diagnósticos				
Descripción				
<table border="1"><thead><tr><th>Códigos CIE-9</th></tr></thead><tbody></tbody></table>			Códigos CIE-9	
Códigos CIE-9				
Procedimientos prequirúrgico				
<table border="1"><thead><tr><th>Procedimientos</th></tr></thead><tbody><tr><td>Descripción</td></tr></tbody></table>			Procedimientos	Descripción
Procedimientos				
Descripción				
<table border="1"><thead><tr><th>Códigos CIE-9</th></tr></thead><tbody></tbody></table>			Códigos CIE-9	
Códigos CIE-9				
Tipo de anestesia prequirúrgico:				
Diagnósticos postquirúrgico				
<table border="1"><thead><tr><th>Diagnóstico principal</th></tr></thead><tbody><tr><td></td></tr></tbody></table>			Diagnóstico principal	
Diagnóstico principal				
Diagnósticos				
<table border="1"><thead><tr><th>Añadir Diagnóstico</th></tr></thead><tbody><tr><td>Descripción</td></tr></tbody></table>			Añadir Diagnóstico	Descripción
Añadir Diagnóstico				
Descripción				
<table border="1"><thead><tr><th>Códigos CIE-9</th></tr></thead><tbody></tbody></table>			Códigos CIE-9	
Códigos CIE-9				
Otros:				
<table border="1"><tbody><tr><td></td></tr></tbody></table>				
Procedimientos postquirúrgico				
<table border="1"><thead><tr><th>Procedimiento principal</th></tr></thead><tbody><tr><td></td></tr></tbody></table>			Procedimiento principal	
Procedimiento principal				
Procedimientos				
<table border="1"><thead><tr><th>Añadir Procedimiento</th></tr></thead><tbody><tr><td>Descripción</td></tr></tbody></table>			Añadir Procedimiento	Descripción
Añadir Procedimiento				
Descripción				
<table border="1"><thead><tr><th>Códigos CIE-9</th></tr></thead><tbody></tbody></table>			Códigos CIE-9	
Códigos CIE-9				
Otros:				
<table border="1"><tbody><tr><td></td></tr></tbody></table>				
Checklist de Verificación Quirúrgica de la OMS:				
Acceder				
Firmas adicionales				
<table border="1"><tbody><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></tbody></table>				
Juicio y fundamentos de la intervención:				
<table border="1"><tbody><tr><td></td></tr></tbody></table>				

Descripción de la intervención:

Unidad Funcional:

Quirófano:

Consentimiento informado detallado, explicado al paciente y firmado ☐

Prioridad de Intervención: ☐ Urgente ☐ Programada

Tipo de Intervención: ☐ Mayor ☒ Menor

Reintervención ☐

Posición:

Incisión:

Hallazgo:

Técnica:

Cierre:

Tipos de Implante:

Opciones Disponibles: Generadores, Tornillos, Válvulas

Opciones Seleccionados:

+ todos - quitar todos

Otras Opciones No Especificadas:

Drenajes:

Tipo Herida:

Anatomías Patológicas ☐

Contaje Instrumentos ☐

Contaje Compresas/Gasas ☐

Representación Gráfica: ☐

Observaciones del Facultativo:

Fig 120.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque específico del cirujano

11.1.3.1 Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio

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

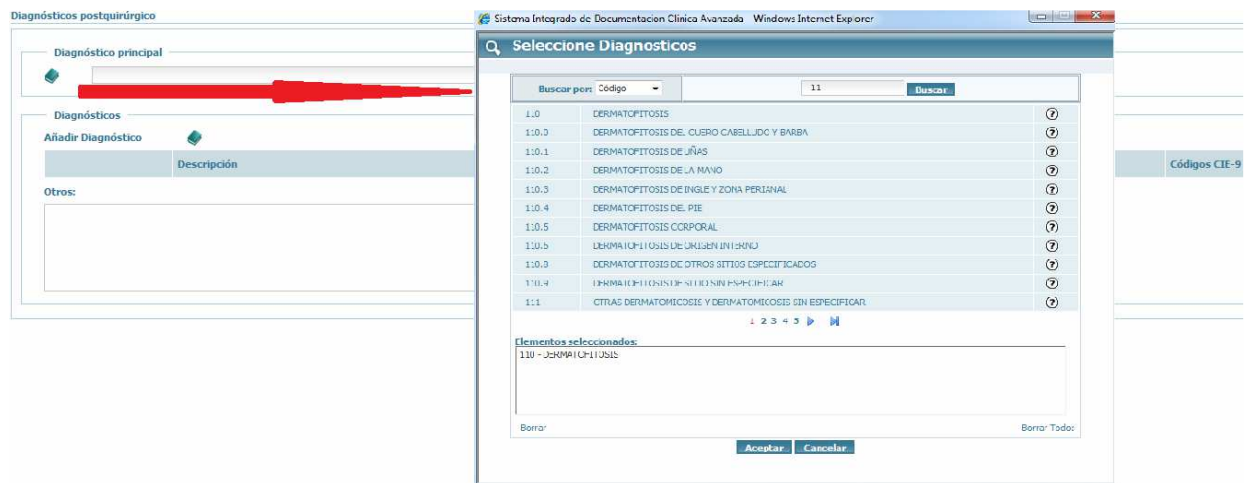


Fig 46.- Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio

11.1.3.2 Utilidad para Añadir Procedimiento

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

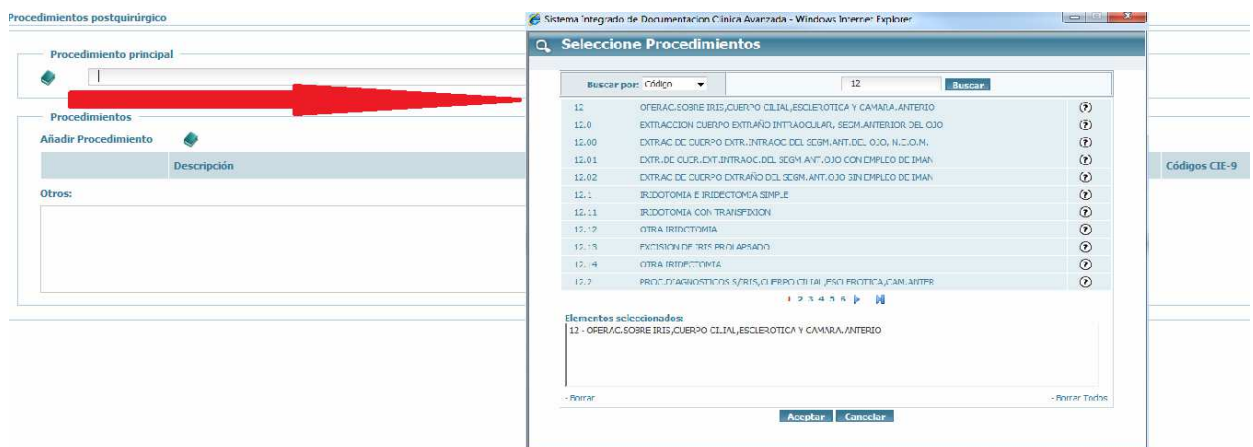


Fig 47.- Utilidad para Añadir Procedimiento

11.1.3.3 Utilidad para la representación gráfica

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

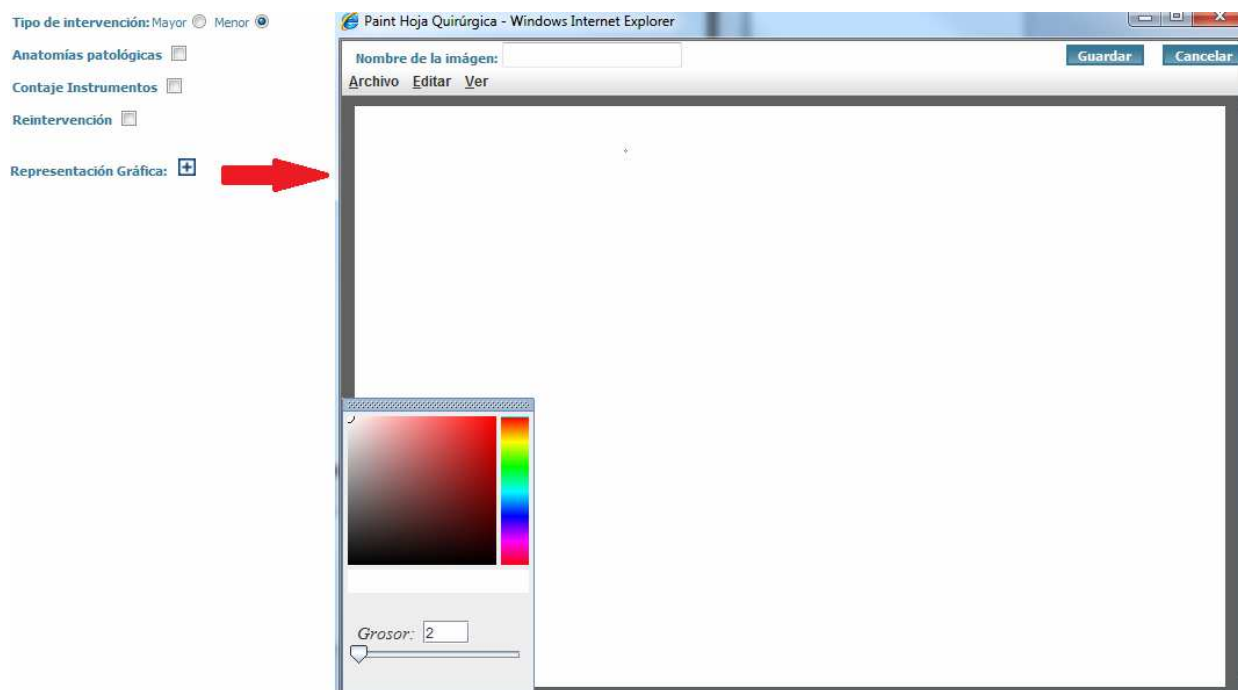


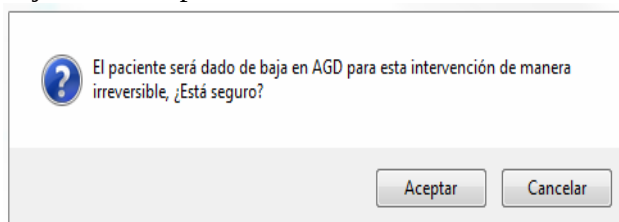
Fig 48.- Utilidad para la representación gráfica

11.1.3.4 No Realización de Intervención:

Se ha incluido en la hoja Quirúrgica la opción de indicar 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.

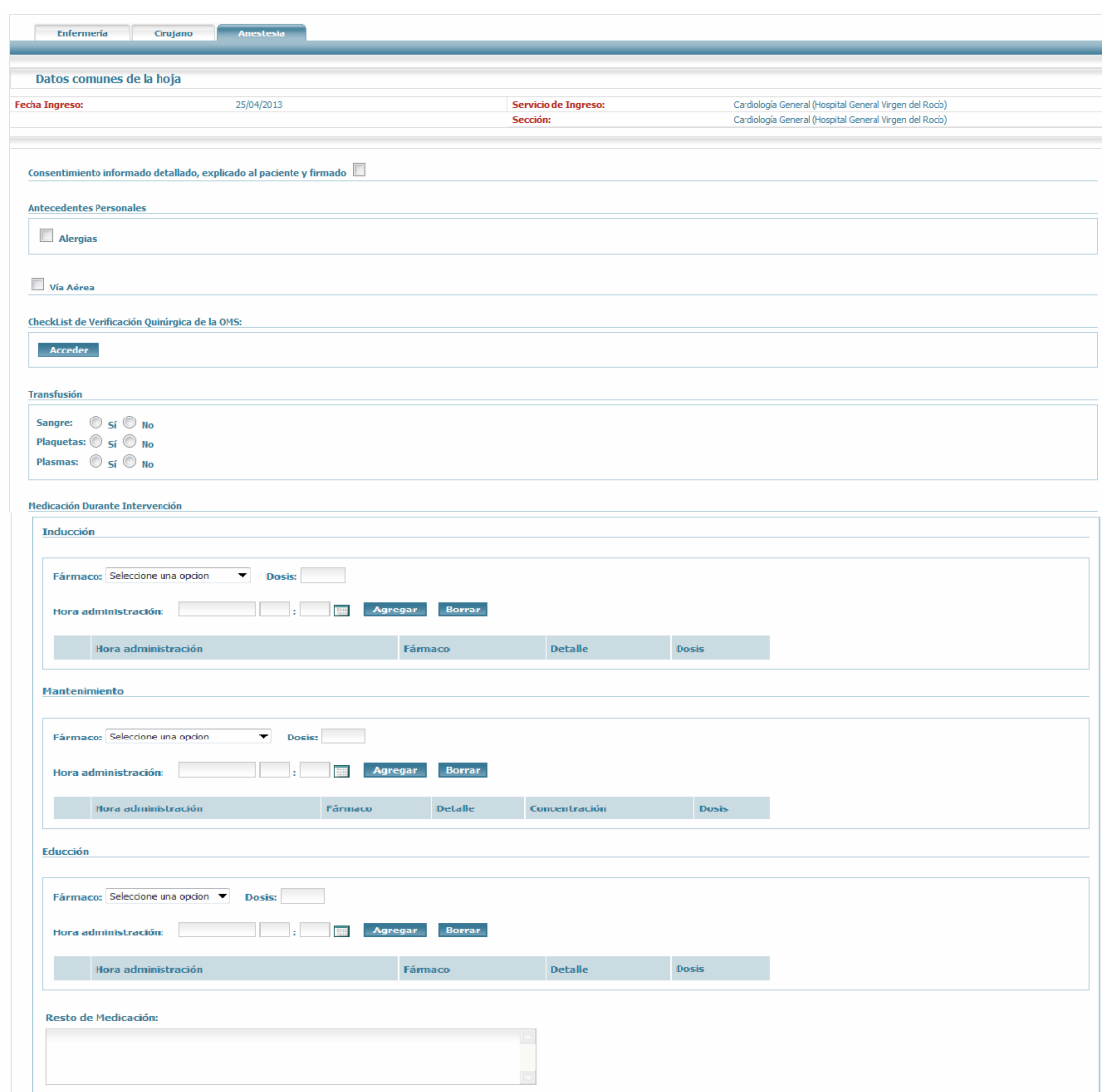


En el caso que se desee una versionar una hoja que se encuentre en estado definitivo, si aparece en dicha hoja que la intervención se ha realizado, la opción de marcar el check de 'No Realización Intervención' debe aparecer deshabilitado, ya que dicha intervención se ha dado de baja en AGD.

No Realización Intervención ☐

11.1.4 Pestaña "Anestesia"

Se agrupan los campos que son propios de completar por el personal médico. Podemos ver todos los campos en el fig. 43 – pestaña anestesia.



Canalización/Ventilación
Ventilación:
Canalización de Vía Central: ☐ Sí ☐ No
Canalización Arterial: ☐ Sí ☐ No
Catéter epidural: ☐ Sí ☐ No

Monitorización
Frecuencia Cardíaca:
TAI:
Pulsioximetría (SpO2):
PROFUNDIDAD ANESTESICA BIS/ENTROPÍA:
TANI:
OXIMETRÍA CEREBRAL:
OTROS PARAMETROS MONITORIZADOS: ☐
Agrega

Frecuencia Cardíaca	Pulsioximetría (SpO2)	TANI	TAI	PROFUNDIDAD ANESTESICA BIS/ENTROPÍA	OXIMETRÍA CEREBRAL	OTROS PARAMETROS

Fluidoterapia
Tipo: **Agrega**
Tipo Fluidoterapia **Detalle**

Otros
Alta del Quirófano:

Anestesia:
Tipo de anestesia:

Complicaciones de anestesia intraquirófano:
Dificultad en la intubación:
Complicaciones:

Fig 43.- Pestaña Anestesia

Si seleccionamos alergias y opción si se nos abre el desplegable, con los distintos tipos de valores.

Antecedentes Personales
☒ Alergias ☐ Sí ☐ No
☐ Alimentarias
☐ Farmacológicas
☐ Ácaros/Polen/Estacional
☐ Látex
☐ Otros

Si seleccionamos algunas de las transfusiones, opción si, se nos habilita un campo para indicar la cantidad.

Transfusión
Sangre: ☒ Sí ☐ No Nº Concentrados:
Plaquetas: ☒ Sí ☐ No Nº Bolsas:
Plasmas: ☒ Sí ☐ No CC:

Si seleccionamos algunas de las transfusiones, opción si, se nos habilita un campo para indicar la cantidad.

Canalización/Ventilación

Ventilación:

Tipo Ventilación: Frecuencia:

Presiones: PEEP: ☐ Sí ☒ No

Canalización de Vía Central: ☒ Sí ☐ No SUCCLAVIA Derecha

Canalización Arteria: ☒ Sí ☐ No Otras

Catéter epidural: ☒ Sí ☐ No

12 Hoja de Preanestesia

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

12.1 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.



Fig 49.- Creación de Hoja de Preadnestesia

Al seleccionar Hoja de Preadnestesia 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.



Tempo de inactividad: 00:27:39

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Endocrinología (Endocrinología (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

Hoja de Preadnestesia (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	43668	Nº Episodio:	1772	Paciente:	BEATRIZ MORALES LUNA
NUHA:	ANO182643119	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	AV/ MANOLETE 6, 4 1
NUSS:	14/1018886148	Sexo:	Mujer	Localidad:	Córdoba
F. Nacimiento:	22/10/1981	Edad:	28	Provincia:	Córdoba
Telefono:	957236966			CP:	14005

Datos de la hoja

Fecha Ingreso:	17/09/2010	N. Preoperatorio:	-
Procedencia:	Hospitalización	Unidad de Procedencia:	
Fecha Estudio:	27/09/2010	Centro Hospitalario:	Seleccione un valor
Periodo de Validez:	Seleccione un valor	Cama:	105-1

Diagnósticos CIE9:

- Borrar - Borrar Todos

Procedimiento o Intervención propuesta:

Tipo de intervención:

Procedimientos CIE9:

- Borrar - Borrar Todos

Antecedentes Familiares:

Antecedentes Personales

☒ **Alergias** ☐ Si ☐ No

☐ Alimentarias
☐ Farmacológicas
☐ Ácaros/Polen/Estacional
☐ Látex
☐ Otros

Fig 50.- Formulario de Hoja de Preadnestesia. Parte 1

☒ Hábitos tóxicos Si No

Tabaquismo Si No

☒ Ex fumador Seleccione un valor Seleccione un valor

☐ Fumador

Alcohol Si No

☒ Ex bebedor Seleccione un valor Seleccione un valor

☐ Bebedor

Otros Si No

☐ Heroína parenteral

☐ Heroína inhalada

☐ Cocaína

☐ Éxtasis/anfetaminas

☐ Otras

☒ Enfermedades asociadas Si No

☐ Obesidad

☐ Dislipemia

☐ Diabetes Mellitus

☐ Cardiovasculares

☐ Neumológicas

☐ Digestivo

☐ Infecciosos

☐ Renales

☐ Neurológicas

☐ Endocrinológicas

☐ Hematológicas

☐ Reumatológicas

☐ Oncológicas

☐ Psiquiátricas

☐ Obstetricia

☐ Otra enfermedad asociada / Comentarios

☒ Patología Perinatal Si No

Fig 51.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 2



☒ **Antecedentes quirúrgicos** ☒ Sí ☐ No

Tipo de anestesia:

Intervención:

Complicaciones:

Agregar Intervención

Tipo de anestesia	Intervención	Complicaciones
Aún no se ha registrado ningún antecedente quirúrgico.		

Tratamiento Actual

Exploración Física ☐ Sin hallazgos encontrados

☒ **Constantes vitales**

Peso (kg): Talla (m): IMC (kg/m²):

Presión arterial: Frecuencia cardíaca:

☒ **Estado general** ☐ Normal

- Impresión clínica:

- Nivel de conciencia:

- Dificultades de relación:

- Actitud:

- Coloración piel:

- Hidratación:

- Temperatura:

- Nutrición:

- Observaciones:

☒ **Vía aérea** ☐ Normal

☒ Mallampati

☒ Apertura oral

☒ DTH

☒ Test de mordida

☒ Extensión cervical

☒ Retrognatia

☒ Dentición prominente

☒ Cormack previo

☒ Intubaciones difíciles previas ☐ Sí ☐ No

Tipo:

Fig 52.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 3

☒ Otros

☒ Dentición
 ☐ Normal

Disponibles

Fija - Inferior
Fija - Superior
Móvil - Inferior

>>
<<

Seleccionados

☒ Prótesis

☒ Piezas móviles

☒ Diente centinela

☒ Séptica

☒ Otros

☐ Cabeza y cuello

☐ Auscultación cardiorespiratoria

☐ Tórax

☐ Abdomen

☐ Región dorsolumbar

☐ Extremidades

☐ Otra Exploración / Comentarios

Pruebas Complementarias

☐ Analítica

☐ EKG

☐ Rx Tórax

☐ Pruebas funcionales Respiratorias

☐ Ecocardiografía

☐ Cateterismo cardíaco

☐ Otra Prueba Complementaria / Comentarios

Estimación del Riesgo

ASA:

1

☐ Emergencia

NYHA:

1

Prescripciones Preoperatorias

☒ Premedicación anestésica

Seleccione un valor

mg.

☐ Tratamiento por vía

Horario:

Seleccione un valor

☒ ATB endocarditis

Horario:

Seleccione un valor

☐ Tratamiento por vía

Horario:

Seleccione un valor

☒ Hidrocortisona

mg.

Horario:

Seleccione un valor

☒ Tratamiento por vía

Intramuscular

mg.

Horario:

Seleccione un valor

☒ Metil prednisolona

mg.

Horario:

Seleccione un valor

☒ Tratamiento por vía

Seleccione un valor

Horario:

Seleccione un valor

Fig 53.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 4

☒ Profilaxis alergia látex
☒ Dexclorfeniramina mg.
☒ Tratamiento por vía Horario:
☒ Ranitidina mg.
☒ Tratamiento por vía Horario:
☒ Omeprazol mg.
☐ Tratamiento por vía Horario:
☒ Otra Prescripción / Comentarios

Observaciones:

☐ Consentimiento firmado
☐ Reserva cama en UCI
☐ Reserva hemoderivados
☐ Probable vía aérea difícil
☐ Reserva fibrobroncoscopia para intervención
☐ Preparación quirófano libre látex y programación a primera hora
☐ Recomendada profilaxis endocarditis
☐ Solicitar al ingreso
☐ Revisión por Anestesia al ingreso
☐ Posible dificultad de canulación Venosa
☐ Otros

Anestesiólogo:

Decisión ante la intervención:

Observación:

Anestesiólogo	Fecha revisión	Decisión	Observación
Aún no se han registrado decisiones.			

Versión Provisional

Versión Definitiva

Fig 54.- Formulario de Hoja de Preadnestesia. 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:

12.1.1 Utilidad para definir anestesiólogo

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

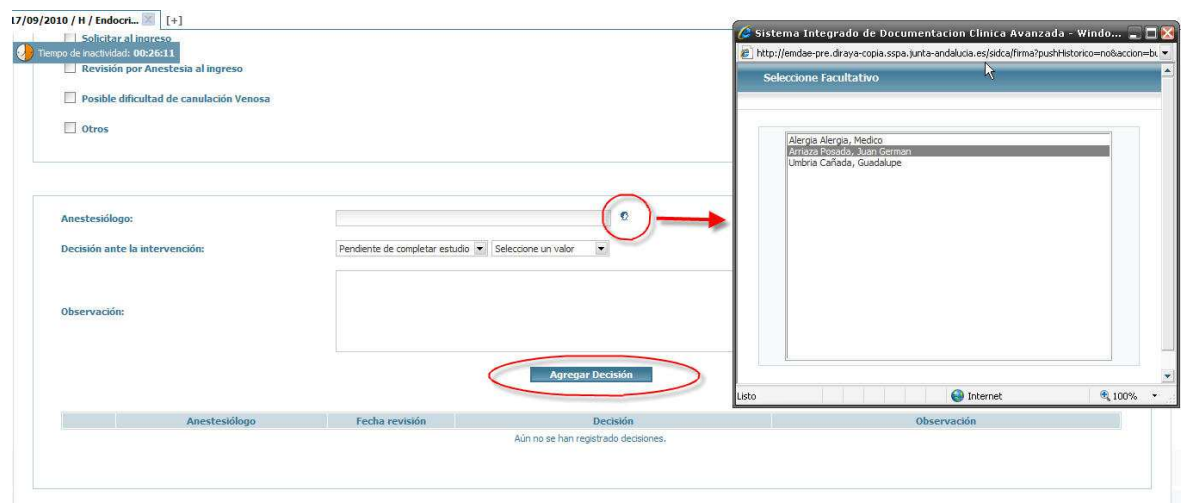


Fig 55.- Utilidad para definir anestesiólogo

12.1.2 Utilidad para Agregar Intervención

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



Fig 56.- Utilidad para Agregar Intervención