Manual de Documentación Clínica

Complejo Hospitalario de Albacete

Año 2001

Composición de la Comisión de Historias Clínicas

***Presidenta**: Dra. Paloma Pulido Rivas*
***Secretario**: Dr. Ignacio Onsurbe Ramírez*
Vocales: *Dª. Cortes Callejas Martín*
Dª. Pilar Córcoles Jiménez
Dra. Silvia Crusat Braña
Dª. Mª. Angeles Delegido Fernández
Dr. Eduardo Escario Travesedo
Dr. Vicente A. Fernández Fúnez
Dra. Mª. Angeles García Claramunt
Dr. Máximo R. García Rodríguez
Dª. Pilar Gascón García
Dra. Adelaida González Gómez
Dª. Mª. Jesús González González
Dra. Máxima Lizán García
Dª. Mª. Angeles López Fuster
Dª. Rosario Márquez Villarrubia
Dr. Diego Luis Martínez Bohigas
Dª. Mª. Angeles Martínez Ibáñez
Dª. Ascensión Molina Rubio
Dra. Gloria Palomares Ortiz
Dr. Ramón Pérez Gamazo
Dra. Ascensión Rueda García
Dª. Mª. Angeles Salas Saiz
Dr. Jesús Martino Sánchez Martínez
Dª. Caridad Turpín Lucas
Dª. Julia Villar Rodríguez

Nota: Este manual comenzó a redactarse en 1997 bajo la dirección de la Dra. Ascensión Rueda, Presidenta de la Comisión de Historias Cínicas en ese momento.

Índice

INTRODUCCIÓN *5*

DOCUMENTOS *11*

BÁSICOS *14*

ESPECÍFICOS *72*

CONSENTIMIENTO INFORMADO *75*

ALMACENAJE Y CIRCULACIÓN
DE DOCUMENTOS *93*

CIRCUITO DE RESPONSABILIDAD
DE CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS
EN CONSULTAS EXTERNAS *107*

MANEJO INFORMÁTICO *109*

CALIDAD *112*

Introducción

QUÉ ES Y PARA QUE SIRVE LA HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica (HC) es el conjunto de documentos, testimonio y reflejo de la relación entre el médico y el paciente; entre usuarios y Hospital. Es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal.

La información recabada y ordenada en la HC es también imprescindible para funciones:

- Docentes e investigadoras.
- Epidemiológicas.
- De Mejora Continua de Calidad.
- De Gestión y Administración.

La HC completa debe reflejar además aquellas circunstancias sociales que puedan tener relación con la valoración inicial de la situación del paciente y con el proceso evolutivo, su tratamiento y recuperación.

La HC incluye documentos en papel escrito, datos en soporte para manejo informático, videos, fotografías, película, estudios radiológicos, etc...

La confección de la HC es un derecho del paciente, reconocido por la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de Abril): El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso, así como a recibir un Informe de Alta al finalizar su estancia hospitalaria y al informe de consulta externa[1] .

La historia clínica se abre con un primer episodio de enfermedad que se atiende en urgencias, en consultas externas del Hospital o en el área de hospitalización. Los episodios asistenciales posteriores serán añadidos a la misma HC, aunque sean generados por especialidades diferentes a la que abrió la HC. El informe generado en el área de Urgencias, si el paciente

no requiere hospitalización, será archivado en el Archivo Específico de Urgencias. **La HC será ÚNICA para cada paciente, se identificará por un NÚMERO ÚNICO y será almacenada de forma CENTRALIZADA.**

La Historia Clínica es el documento eje de un sistema de información hospitalario, imprescindible en su vertiente asistencial y administrativa. Por otro lado, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad de lo que se deriva su trascendencia como documento legal. Su carácter de registro de datos permite además el desarrollo de actividades docentes y de investigación clínica y epidemiológica.

El Sistema Público debe preservar y garantizar la confidencialidad de los datos contenidos en la HC. "El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sistema público" [2]. El acceso a la HC sin autorización, en perjuicio de un tercero, está tipificado como delito grave y está castigado con penas de prisión [3]. Igualmente el profesional que revele o divulgue datos de la HC será castigado con las mismas penas [4].

La HC debe ser un reflejo veraz del curso de la enfermedad. Los datos incluidos entre sus documentos no pueden ser alterados, falseados ni simulados, lo cual constituiría un delito de falsedad documental que está penado por el mismo Cuerpo Legal.

PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLINICA

Según la Ley General de Sanidad [5] la HC es propiedad de las instituciones asistenciales, que tienen el derecho y la obligación de custodiarla.

La HC es en general el producto de trabajo en equipo de varios profesionales y por tanto la propiedad intelectual de su autoría implica a todos ellos. Sin embargo, dada la relación estatutaria entre el equipo médico y la institución para la que trabaja, será ésta última la propietaria de las HC que se generen sobre sus usuarios.

El derecho del paciente al acceso a la HC fue reconocido en las Jornadas Europeas sobre los Derechos de los Pacientes (Amsterdam, 1994) y ha sido legislado en nuestro país [6] "Constituye un servicio del S.N.S la comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma". Sin embargo estos conceptos están en la actualidad sometidos a debate.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA H.C.

Nuevamente haremos referencia a las conclusiones de las Jornadas Europeas sobre los Derechos de los Pacientes (Amsterdam, 1994), que reconocen el derecho del paciente al respeto a su privacidad. Esta privacidad incluye tanto los datos y las sustancias biológicas que permitan la identificación personal de un paciente como los datos referentes a su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y tratamiento).

De esta forma todo el personal que trabaja con los datos de los pacientes (ficheros de cualquier tipo) o que mantiene relación laboral con ellos, y por tanto tiene acceso a información confidencial está obligado mantener el secreto de la información conocida. Y no sólo está obligado por el Código Deontológico de su profesión, sino también por el Código Penal español [7]. El secreto profesional alcanza a los facultativos, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y personal administrativo, así como al personal auxiliar del Hospital.

El mantenimiento de la confidencialidad y privacidad de los pacientes implica primeramente a la HC, la cual debe estar custodiada de forma adecuada, permaneciendo accesible únicamente al personal autorizado. Sin embargo, los preceptos de privacidad deben ser observados en todos los campos de la vida hospitalaria: la privacidad en el momento de la realización de la anamnesis y de la exploración física, la privacidad en el momento de la información a los familiares, las conversaciones entre sanitarios en los pasillos, el mantenimiento de la reserva adecuada de los datos de los pacientes en los controles de enfermería de las plantas de hospitalización (tablones, pizarras), las conversaciones telefónicas, los interfonos abiertos...

Documentos

COMPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS DE LA H.C.

Los documentos que componen las HC serán descritos a continuación. Inicialmente se agruparán según su contenido y posteriormente serán comentados de forma pormenorizada, siguiendo el orden en que deben figurar en la HC ordenada al alta.

En base al contenido de los documentos es preciso definir:

A. Documentos básicos: aquellos que forman parte de todas las HC.

B. Documentos específicos de cada Servicio ó Especialidad.

ORGANIZACIÓN Y DATOS DE IDENTIFICACIÓN:
Todos los documentos de la Historia Clínica están organizados de la siguiente forma:

a) SOBRE GRANDE

- Nombre y Apellidos del paciente
- Nº de Historia Clínica
- Nombre del Hospital.
- Logotipo del Hospital e INSALUD
- Llamada a la confidencialidad.
- "Clave" para archivo y clasificación
- Etiqueta de código de barras, que incluye: código de barras, nombre y apellidos, nº de historia clínica y fecha de nacimiento.

No deben constar otros datos en este sobre.

b) CARPETA / DOSSIER DE DOCUMENTACIÓN

Además de los datos anteriores constarán:

- Resumen de otros episodios: Fecha ingreso-alta
  Diagnóstico al alta
- Orden de documentos en la H.C.

Esta carpeta debe recoger todos los episodios que soporte.

c) ENCABEZADO DE LAS HOJAS CLÍNICAS

- Logotipo del Hospital
- Nombre de Servicio-Unidad
- Identificación del Documento Clínico
- Nombre y apellidos del paciente
- Fecha de ingreso
- Nº de HC
- Nº de cama
- Nombre del Médico responsable

d) ETIQUETAS DE IDENTIFICACION

- Apellidos y Nombre
- Nº Historia Clínica
- Nº de episodio
- Fecha de Nacimiento
- Edad. Sexo
- Fecha de Ingreso en el Hospital / Cita en C. Externas / Atención en Urgencias.
- Nº de Cama

Cualquier hoja clínica, de cualquier especialidad, deberá disponer de ENCABEZADO.

Los datos deben cumplimentarse todos y con claridad

A. DOCUMENTOS BÁSICOS:

ORDEN DE LOS DOCUMENTOS DE LA CARPETA QUE CONTIENE LA HISTORIA CLÍNICA:

El orden que se indica se refiere a la historia clínica cerrada, después del período asistencial, es decir, después de que el paciente haya sido dado de alta en hospitalización o consultas externas. Durante el período de atención médica la Historia Clínica tendrá el orden que resulte más cómodo para el personal que atienda al paciente.

En la ordenación definitiva, estarán en primer lugar los documentos que más se consultan, y que resumen lo que ha ocurrido durante el período asistencial:

HOJA ESTADÍSTICO CLINICA
SOLICITUD DE INGRESO
INFORME DE URGENCIAS
INFORME MÉDICO DE ALTA
INFORME MÉDICO DE CONSULTA EXTERNA
PETICIÓN DE ALTA VOLUNTARIA
INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA
LISTA DE PROBLEMAS
ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN
DIARIO MÉDICO
ORDENES DE TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA PREANESTÉSICA
PROTOCOLO DE ANESTESIA

PROTOCOLO QUIRÚRGICO
INGRESO EN SALA DEL DESPERTAR
VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA
DIARIO DE ENFERMERÍA
GRÁFICA DE CONSTANTES
CONTROL DE PRUEBAS
MEDICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL ENFERMO
INFORME DE INTERCONSULTAS
HOJA SOPORTE ANALÍTICAS

El personal administrativo de planta o consulta será el encargado de que la documentación de las historias clínicas que se envíen al Archivo esté correctamente ordenada.

En el Servicio de Archivo y Documentación, en las altas de hospitalización, antes de proceder a su archivado definitivo se revisará de nuevo la historia. **En caso de incumplimiento será devuelta al servicio de origen para su reordenación.**

Los distintos episodios de asistencia irán separados por una hoja con solapa de color verde (hospitalización) ó de color amarillo (consulta externa).

DESCRIPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS BÁSICOS:

A continuación se describen el formato, destino, personal que lo cumplimenta y contenido de los documentos básicos de la historia clínica.

HOJA ESTADÍSTICO-CLINICA (COD. 031464)

Abre el proceso asistencial de hospitalización desde admisión de hospitalización. Recoge los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

FORMATO

Din-A4 original y 2 copias. Impreso por una cara.

DESTINO

El documento original pasa al Servicio de Admisión para alimentar la base de datos al alta, generando el libro de hospitalización. Una copia queda en el Servicio de Documentación para controles de estadística y codificación y otra copia queda en la Historia Clínica.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

- Personal asistencial.
- Personal administrativo.

CONTENIDO

- Datos clínicos: se cumplimentan al alta del servicio (diagnóstico principal y secundarios, intervenciones y procedimientos practicados).
- Datos administrativos, cumplimentados por el Servicio de Admisión al ingreso y por personal administrativo de Estadística al alta.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º H.ª CLINICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SERVICIO:

HOSPITAL:

HOJA ESTADISTICO-CLINICA

D.N.I.	Sexo	Estado civil	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento

Domicilio	Población y provincia	Código Postal	Teléfono

N.º Afiliación S.S.	☐ Titular ☐ Beneficiario	Titular de la Cartilla	Parentesco

Clasificación admva. (1)	Financiación
Nombre y teléfono familiar más cercano	☐ ASISTENCIA AMBULATORIA

INGRESO

☐ Urgente ☐ Prioritario ☐ Programado ☐ Normal ☐ Ectópico ☐ Aislado

N.º Rgtro. Entrada	Fecha	Hora	Cama	Cama	N.º Rgtro. Salida

Procedencia sanitaria (2)	Dr. que ordena el ingreso	Diagnóstico provisional

REINGRESO: ☐ SI ☐ NO Readmisión: ☐ SI ☐ NO

TRASLADOS OTROS SERVICIOS: Fecha Servicio

Fecha Servicio

INTERCONSULTAS - N.º Fecha Servicio

DATOS AL ALTA A RELLENAR POR EL MEDICO

Fecha / Hora	ESTADO AL ALTA				NECROPSIA
		☐ Curación o mejoría ☐ Traslado a otro centro ☐ Alta voluntaria	☐ Voluntaria premortem ☐ Otras causas	☐ Fallecido < 48 h. ☐ Fallecido > 48 h.	☐ SI ☐ NO

DIAGNOSTICOS

1 Principal (3)

2 Secundarios (4)

3

4

5

6

Infección Hospitalaria (5) ☐ SI ☐ NO

1.– Ninguna 5.– Intradural
2.– Local 6.– Epidural
3.– Locorregional 7.– Otros
4.– General

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS / OBSTETRICOS

Intervención (6)		Fecha	Urg./pro	Anest	Cirujano
1					
2					
3					

ESTANCIAS PREOPERATORIAS

Mortalidad intraoperatoria (< 24 h) (7) ☐ SI ☐ NO

Mortalidad intraoperatoria (< 10 d) (8) ☐ SI ☐ NO

INFECCION HERIDA QUIRURGICA ☐ SI ☐ NO COMPLICACIONES ☐ SI ☐ NO

PARTO ☐ SI ☐ NO TIPO ☐ Eutócico ☐ Simple ☐ Gemelar Semana gestación Varón ☐

☐ Distócico ☐ Cesárea ☐ Forceps Peso Mujer ☐

☐ Ventosa ☐ Otros

TECNICAS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES (9)

1

2

3

INFORME DE ALTA ☐ SI ☐ NO ☐ Provisional ☐ Definitivo

REFERIDO A: ☐ Centro de Salud ☐ Consulta Area ☐ Consulta Externa ☐ Hosp. a domicilio ☐ Hospital

Fdo. Dr. Servicio

00

EJEMPLAR PARA ESTADISTICA/CODIFICACIÓN

Cod. 031464

SOLICITUD DE INGRESO (COD. 031161)

FORMATO

Cuartilla, original y copia.

DESTINO

Servicio de Admisión (original). Una copia se guardará en la Historia Clínica.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Deberá ser cumplimentado por el facultativo y es obligatorio para todo paciente que ingresa en el Hospital.

CONTENIDO

- Nombre y apellidos.
- Nº de afiliación a la S.S.
- Nombre, firma y número de colegiado del facultativo que ordena el ingreso.
- Servicio a cargo del que queda ingresado.
- Fecha de ingreso.
- Diagnóstico legible.
- Modalidad del ingreso (urgente, programado con ingreso o programado ambulante).

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º H.ª CLINICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

HOSPITAL:

NOMBRE:

SOLICITUD DE INGRESO

N.º Afiliación S. Social

D / Dña. _____ del Servicio _____

solicita al Servicio de **Admisión y Gestión de Usuarios proceda** al ingreso de este paciente, que ha sido atendido en:

☐ Urgencias ☐ **Consulta de Area** ☐ **Consulta Externa Hospital** ☐ Traslado otro Hospital

con el diagnóstico provisional de _____

con carácter de: ☐ **Ingreso Urgente** ☐ **Ingreso Prioritario** ☐ Ingreso Programado

A cargo del Servicio / Sección _____

y aconseja su ingreso en cama: ☐ **Aislada** ☐ Normal ☐ _____

Fecha _____ Firma

EJEMPLAR PARA EL S.A.G.U.

Cód. 031161

01

HOJAS AREA DE URGENCIAS (COD. 131519 y 131520)

FORMATO

DIN-A4 autocopiable.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativo que asiste al paciente.

CONTENIDO

- Identificación del paciente.
- Fecha y hora de atención al paciente.
- Motivo de consulta.
- Anamnesis.
- Exploración física.
- Solicitud de exploraciones complementarias.
- Solicitud de consulta especializada.
- Juicio diagnóstico.
- Indicación terapéutica.
- Destino del paciente.
- Fecha y hora de salida.
- Identificación y firma del facultativo.

En caso de que por su extensión el informe exceda la hoja autocopiable se adjuntará una segunda hoja para completarlo. **No se debe escribir en el reverso de la hoja.** Si el paciente es ingresado, el original se incluirá en la historia clínica. En caso de que no ingrese se le entregará el original como informe de su asistencia, quedando una copia en el archivo de urgencias.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

URGENCIAS

Hnos. Falcó.37
02006 - ALBACETE
Teléf. 967597100

Nº H.C.: ☐☐☐☐☐☐☐
Nº S.S.: **F.Nac.:**
1º APELLIDO:
2º APELLIDO:
NOMBRE: **SEXO:**
Fecha: **Hora**

1

CLASIFICACIÓN: Hora:.....Motivo de consulta:.....
.....Duración:.....
Alergias medicamentosas:.....
DESTINO: Paradas ☐ OBS ☐ UCR ☐ TRA ☐ PED ☐ MI ☐ ..... ☐ **VALORACIÓN GLOBAL:**

ENTRADA A RECONOCIMIENTO: Hora:.....T.A.:.....P:.....Tª:.....FR:.....

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE

☐ E.C.G.
☐ H
☐ C
☐ B
☐ O
☐ GAB
☐ Rx
☐ ECO
☐ TAC

Nº Colegiado: Firma: Hora Alta:

DESTINO: **Domicilio** ☐ **Ingreso** ☐ **C.Externas** ☐ **Traslado** ☐ **Exitus** ☐ **PARTE JUDICIAL** ☐

INSALUD

04

Cód. 131519

COMPLEJO
HOSPITALARIO
DE ALBACETE

URGENCIAS

Hnos. Falcó.37
02006 - ALBACETE
Teléf. 967597100

Nº H.C.: ☐☐☐☐☐☐☐
Nº S.S.: **F.Nac.:**
1º APELLIDO:
2º APELLIDO:
NOMBRE: **SEXO:**
Fecha: **Hora**

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE

Nº Colegiado: Firma: Hora Alta:

INSALUD

04

Cód. 131520

INFORME MÉDICO (COD. 033039)

EL INFORME DE ALTA se realizará para todo paciente al final de un proceso diagnóstico y/o terapéutico ya sea en régimen de Hospitalización ó Ambulatorio (C. Externas). Constará de tres copias: paciente, médico de Atención Primaria e HC. Cuando se trate de un traslado de Servicio o de Hospital basta UNA sola copia que permanecerá en la HC. El informe clínico de alta hospitalaria deberá ir mecanografiado obligatoriamente.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativo que da el alta al paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Cuando el paciente sea dado de alta definitiva o se traslade de servicio.

CONTENIDO (Informe de alta de hospitalización O.M. de 6/9/1984)

- Identificación y domicilio del Centro Hospitalario.
- Identificación del Servicio y/o Unidad Asistencial responsable.
- Identificación del paciente y nº de Hª clínica.
- Fecha de ingreso y fecha de alta.
- Motivo del ingreso (diagnóstico).
- Resumen de la Hª clínica y exploración física del paciente al ingreso.
- Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias **más significativas** para el seguimiento de la evolución del paciente.
- Procedimientos quirúrgicos y obstétricos, incluyendo la fecha de intervención, técnica practicada, hallazgos quirúrgicos, circunstancias intraoperatorias que **puedan ser de interés** para el seguimiento del paciente, muestras remitidas para estudio anatomopatológico y diagnóstico postoperatorio.
- Motivo del alta.
- Diagnóstico principal y otros diagnósticos en su caso (CIE-9-MC).
- Recomendaciones terapéuticas.
- Nombre, apellidos y firma del médico responsable.

En aquellos casos en los que no se pudiera confeccionar el informe de alta a la salida del enfermo, se realizará un **informe provisional de alta** que incluirá:

→ Identificación del paciente.
→ Identificación del Servicio y médico responsable.
→ Fecha de ingreso y alta.
→ Diagnóstico:
  ↔ Resumen del Tratamiento realizado.
  ↔ Recomendaciones terapéuticas.
  ↔ Número de colegiado y firma del médico.

Este informe provisional deberá ser completado con el informe definitivo de alta, en el plazo máximo deseable de 15 días.

En caso de fallecimiento se adjuntará a la HC un **informe de éxitus** con el mismo formato ya descrito.

En caso de que se realice estudio necrópsico, el informe generado deberá ser adjuntado a la HC, a la mayor brevedad posible.

CONSORCIO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º HISTORIA CLINICA:

1.º APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE: SEXO: EDAD:

SERVICIO / SECCION:

FECHA INGRESO:

N.º CAMA: CONSULTA EXTERNA:

FECHA ALTA: HORA:

MOTIVO ALTA: CURACION O MEJORA: VOLUNTARIA: EXITUS:

PROVISIONAL:

TRASLADO A:

INFORME MEDICO

COD. 003038

___ Gracias por no fumar en el Hospital ___

10

INFORME MÉDICO CONSULTAS EXTERNAS (COD. 051950)

El INFORME DE ALTA DE CONSULTAS EXTERNAS se realizará para todo paciente al final de un proceso diagnóstico y/o terapéutico en régimen Ambulatorio (C. Externas). Constará de dos copias: paciente e H. Clínica.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativo que da el alta al paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Cuando el paciente sea dado de alta definitiva o sea solicitado por el médico de Atención Primaria.

CONTENIDO

- Identificación del Servicio y/o Unidad Asistencial responsable.
- Identificación del paciente y nº de Hª clínica.
- Fecha de alta.
- Diagnóstico
- Resumen de la Hª clínica y exploración física del paciente.
- Recomendaciones terapeúticas
- Motivo del alta.
- Observaciones y/o pruebas complementarias.
- Nombre, apellidos y firma del médico responsable.
- Indicación del médico o servicio al que va dirigido

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

SERVICIO / SECCION:

Nº. Hª. CLINICA

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE: EDAD

N.º S.S. SEXO

F. ALTA

SITUACIÓN AL ALTA: Curación o Mejoría Voluntaria Exitus Otros

MEDICO: _____

INFORME MEDICO DE CONSULTA EXTERNA

DIAGNÓSTICO

EVOLUCIÓN

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES Y/O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (ESPECIFICAR).

PRECISA CONTROL SI C.E. (Hospital) MED. CABECERA ESPECIALISTA DE AREA

NO

EN CASO DE REVISION, FECHA _____

Firma y N.º Colegiado:

ESCRIBIR CON LETRA LEGIBLE

01

DOCUMENTO PARA EL USUARIO

Cód. 051950

PETICIÓN DE ALTA VOLUNTARIA (COD. 031048)

Se trata de un informe en su mayor parte "preescrito" y que se cumplimenta cuando el paciente en plenas facultades, ó su representante legal cuando proceda, renuncia voluntariamente a continuar con el proceso diagnóstico y/o terapéutico programado por el médico responsable en cada caso.

Deberá quedar siempre constancia de que el paciente y/o representante legal están ***debidamente informados y que el Facultativo no recomienda esta decisión.***

La firma de este informe exime de cualquier responsabilidad al Facultativo y al Hospital sobre la evolución del proceso y cualquier complicación que pudiera derivarse de la misma.

FORMATO

DIN-A4 autocopiable. Original para el paciente y copia para la Historia Clínica.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

- Facultativo encargado de la asistencia en el momento de la petición.
- Paciente o persona representante del mismo.

CONTENIDO

- Identificación del paciente.
- Identificación del servicio y facultativo responsable.
- Identificación de la persona que solicita el alta.
- Identificación del motivo.
- Fecha y firma del solicitante, de un testigo y del facultativo.

INSALUD

COMPLEJO HOSPITALARIO
ALBACETE

PETICION DE ALTA VOLUNTARIA

N. H.ª CLINICA: ☐☐☐☐☐☐☐

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE SEXO ☐ EDAD ☐☐

F. INGRESO ☐☐ ☐☐ ☐☐

F. ALTA ☐☐ ☐☐ ☐☐ Hoja ☐

Con esta fecha causa ALTA en este Hospital el paciente:

D. / Dña. _____

domiciliado en _____ provincia de _____

calle _____ nº _____ piso _____

a petición de (1) _____

_____

habiendo sido diagnosticado de _____

_____

_____

_____

y siendo su situación clínica actual _____

_____

y habiéndose advertido al peticionario que el Hospital queda exento de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de este ALTA, así como se le han hecho presentes los perjuicios que pueden irrogarse al enfermo.

Y para que conste, se extiende este documento.

Albacete, a _____ de _____ 199____

El Peticionario

El Médico

Fdo. Dr. / Dra. _____

Recomendaciones (si se desean):

_____

_____

_____

_____

(1) En caso de petición por familiar hágase constar el parentesco.

Cód. 031048

03

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA (COD. 104027)

Se recogen cuidados de enfermería que necesitan continuidad al alta del paciente.

FORMATO

DIN-A4, original y dos copias.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Enfermera/o responsable del paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Siempre que el paciente precise alguno de los cuidados registrados u otros que el personal de enfermería responsable considere que necesitan continuidad al alta.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio y número de hoja.
- Cuidados de enfermería que precise.
- Nombre legible de enfermera/o de referencia.
- Número de teléfono de la Unidad que corresponda.

ESTARÁ FIRMADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE CUMPLIMENTE EL INFORME

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

Nº. Hº. CLINICA

1º. APELLIDO:
2º. APELLIDO:
NOMBRE:

SERVICIO / SECCION

SEXO: EDAD:

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA

Nº. S.S.:

DIETA RECOMENDADA: _____

OXIGENOTERAPIA: Horas / Dia: Volumen:
Forma de administración:

CUIDADOS DE SONDAJE GASTRICO: Fecha último cambio:

Enteral: _____

Gastrotomía percutanea: _____

CUIDADOS SONDAJE VESICAL:

Tipo de sonda: Nº. Sonda: Fecha último cambio:

CUIDADOS OSTOMIA:	☐ Colostomía	☐ Ileostomía	☐ Urostomía
LOCALIZACION:	☐ FID	☐ FII	☐ Transverso
ESTADO ESTOMA:	☐ Madurado	☐ Edematoso	☐ Ulcerado
PIEL PERIESTOMAL:	☐ Normal	☐ Eritema	☐ Ulceración
EFLUYENTE:	☐ Líquido	☐ Pastoso	☐ Normal

GRADO DE DESTREZA EN EL MANEJO DE LA OSTOMIA

☐ Nulo ☐ Aceptable ☐ Buena

CUIDADOS TRAQUEOSTOMIA

Nº. de cánula: ☐ Autónomo ☐ No autónomo

MOVILIZACION: _____

DOLOR: _____

ESTADO ANIMICO: _____

CUIDADO VIAS VENOSAS

Tipo de catéter: _____

CURAS (Especificar: tipo de herida, localización, cura recomendada, frecuencia de la cura, etc.)

OBSERVACIONES: _____

Enfermera/o de referencia: _____ Teléfono: _____

Firma: Albacete, de 1.99

DEBERA QUEDAR EN LA HISTORIA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA

53

EJEMPLAR PARA ENFERMERIA DE AT. PRIMARIA

Código: 104027

LISTA DE PROBLEMAS (COD. 031183)

Documento opcional cuyo uso es recomendable ya que permite la evaluación rápida de la situación clínica del paciente.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativo responsable del paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Se iniciará en el momento de la anamnesis y exploración del paciente y quedará finalizado al alta.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Fecha de ingreso y servicio.
- Se reseñarán por orden cronológico de aparición aquellos diagnósticos, hallazgos de exploración y síntomas de nueva aparición que a juicio del facultativo puedan incidir en la evolución del paciente.
- Constará la fecha de comienzo o reconocimiento del problema y la fecha de su resolución.

INSALUD

Complejo Hospitalario de Albacete

SERVICIO / SECCIÓN:

Nº CAMA CONSULTA EXT.

N.º H.ª CLÍNICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO: EDAD:

N.º S. S. /

F. INGRESO HOJA

LISTA DE PROBLEMAS

FECHA	N.º ORDEN	PROBLEMA	NUEVO DIAGNÓSTICO (Fecha)	RESOLUCIÓN / INACTIVIDAD (Fecha)

Cód. 031183

20

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN (COD. 031060)

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativo responsable de la asistencia.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

- Se realizará dentro de las 24 horas del ingreso, o en el momento de ser visto en la consulta externa.
- La escritura ha de ser fácilmente legible.
- La terminología deberá ser la universalmente normalizada.
- Las abreviaturas deberán reducirse al mínimo, y deberán ser las de uso común. Sería deseable que se mencionase el nombre completo, la primera vez que se cita la abreviatura.

Abreviaturas de uso común: MC: motivo de consulta. AF: antecedentes familiares.AP: antecedentes personales. EA: enfermedad actual. TTO: tratamiento.

CONTENIDO

- Identificación del paciente.
- Identificación del servicio.
- Nombre del facultativo y firma.
- Fecha de la realización.

Se recomienda seguir la exploración, según los puntos especificados en el encabezamiento, sin omitir ninguno de los marcados. Cuando no se recojan datos de interés se anotará como «NORMAL» ó «sin interés».

EL DOCUMENTO DEBERÁ IR FIRMADO POR EL FACULTATIVO QUE LO HA REALIZADO.

NO SE UTILIZARÁ COMO HOJA DE DIARIO MÉDICO.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º H.ª CLINICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO ☐ EDAD ☐☐

SERVICIO/SECCION:

N.º CAMA ☐☐☐☐ CONSULTA EXT. ☐

FECHA ☐☐ ☐☐ ☐☐ HOJA ☐

ANAMNESIS Y EXPLORACION

MEDICO RESPONSABLE: _____

1.ª Motivo consulta
2.ª Antecedentes familiares
3.ª Antecedentes personales
a) Hábito
b) Tóxico-Farmacol.
c) Antec. patológico
4.ª Enf. actual
5.ª Exploración:
a) General (aspecto, constantes, etc.)
b) Cabeza-Cuello
c) Tórax
d) Abdomen, Reg. lumbar
e) Extremidades (Vásculo-Nervioso, ganglionar)
6.ª Analítica
7.ª RX
8.ª Otras pruebas complem.
9.ª Orientación diagnóstica
10.ª Plan a seguir (Explor. completa)
11.ª Plan terapéutico.

COD.: 031060

21

DIARIO MÉDICO (COD. 031071)

Recoge el curso clínico del paciente, durante la hospitalización o en consultas externas.

FORMATO

DIN-A4 una hoja.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

- Personal facultativo responsable de la asistencia. La cumplimentación será continuada (al menos una vez al día) durante la asistencia al paciente ingresado.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio y número de cama.
- Numeración consecutiva de las hojas de evolución.
- NO SE UTILIZARA COMO HOJA DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN.

En este documento se anotarán:

- Cambios significativos en la situación general del paciente.
- Resultado de las investigaciones clínicas realizadas (laboratorios, Rx, E.C.G., A.P., ...).
- Conclusiones de las sesiones clínicas.
- Motivos que hacen modificar o suprimir cualquier aspecto del plan diagnóstico y terapéutico, previamente establecido.
- Las transferencias de responsabilidad a otros servicios.

CADA NOTA DE EVOLUCIÓN DEBERÁ IR CON FECHA, HORA, NOMBRE LEGIBLE Y FIRMA DEL FACULTATIVO QUE LA REALIZA.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

Nº. Hª. CLINICA:

1er. APELLIDO:

2º. APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO: EDAD:

F. INGRESO: HOJA:

SERVICIO / SECCION:

Nº CAMA CONSULTA EXT.

DIARIO MEDICO

EN CADA OBSERVACION SE HARA CONSTAR LA FECHA (HORA SI PROCEDE) Y LA FIRMA.

30

ORDENES DE TRATAMIENTO (COD. 031172)

FORMATO

DIN-A4

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativo responsable de la asistencia en cada momento.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Las órdenes de tratamiento deben realizarse diariamente como resultado de la visita médica, haciendo mención expresa tanto de las nuevas órdenes como de las suspendidas.

Deberán transcribirse en su totalidad cuando se inicie una nueva hoja, y cuando a juicio del facultativo o de la enfermería se preste a interpretaciones confusas.

CONTENIDO

- Identificación del paciente.
- Identificación del servicio y número de cama.
- Identificación del facultativo responsable.
- Ordenes médicas.

Las órdenes deberán expresarse de forma clara, sencilla y completa. La flecha → indica la continuación del tratamiento y la cruz (+) indica la suspensión del tratamiento.

Se mantendrá en lo posible el siguiente orden, sin omitir ningún dato:

- Fecha
- Dieta
- Constantes y controles
- Actividad
- Medicación
- Fluidoterapia
- Peticiones
- Firma legible y nombre del facultativo

En las órdenes médicas referentes a medicación deberá expresarse siempre la dosis, frecuencia y vía de administración de cada principio activo o fármaco.

Abreviaturas de uso común: VO: vía oral. SC: subcutánea. IM: intramuscular. IV: intravenosa. SNG: sonda nasogástrica.

Además de la fecha, se hará constar la hora en las ocasiones que se considere oportuno.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

Nº Hª CLINICA

Nº S.S.:

1º APELLIDO:
2º APELLIDO:
NOMBRE:

SERVICIO/SECCION:

Nº CAMA

CONSULTA EXT

SEXO

EDAD

ORDENES DE TRATAMIENTO

Nº DE HOJA.....

FECHA							
DIETA							
CONSTANTES: P TA Tª							
PESO - TALLA							
DIURESIS							
ACTIVIDAD							
OXIGENOTERAPIA							
ENEMAS							
DRENAJES							
CURAS							
GLUCOSA CAPILAR							
SUEROTERAPIA Y HEMODERIVADOS							
PETICIONES							

DEBERÁ QUEDAR EN LA HISTORIA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA

31

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN:

* Preferiblemente, prescriba por principios activos. Los nombres comerciales son muy variables.
* Especifique la vía, dosis y frecuencia. La dosis es preferible en cantidad de p.a. (mg., U.I., etc.) que en unidades de dosificación (comprimidos, viales,etc.,) ya que éstas son variables.
* Escriba arriba el día de prescripción, y ponga una flecha para confirmarla.
* Para cancelar una prescripción, escriba claramente una cruz bien visible.
* No haga modificaciones en un medicamento. Si quiere cambiar vía, dosis o frecuencia, suprima la prescripción e inicie otra.
* No olvide consignar su nombre claramente y firmar la prescripción.

LA OBSERVACIÓN DE ESTAS NORMAS FACILITA EL TRABAJO DE TODOS Y DISMINUYE LOS ERRORES.

NOMBRE DEL PACIENTE---------- CAMA:---------- ALERGIAS:----------

FECHA: MES AÑO			DIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
PRINCIPIO ACTIVO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA							
			FIRMA MEDICO							
			N° DE COLEGIADO							
			FIRMA FARMACEUTICO							

CONSULTA PREANESTESICA (COD. 029461)

FORMATO

DIN-A4, original e impreso por 2 caras y color amarillo.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

- **Motivo de consulta:** médico que envía al paciente.
- **Informe preanestésico:** anestesista encargado de la consulta.

MOMENTO DE LA CUMPLIMENTACIÓN

Se realizará tras la anamnesis y exploración clínica del paciente, una vez decidida la intervención quirúrgica.

CONTENIDO

El Servicio que solicita la consulta cumplimentará los siguientes puntos:

- Identificación del paciente.
- Identificación del servicio y médico responsable.
- Se anotan la enfermedad actual, otros diagnósticos médicos de interés, el tratamiento que sigue en el momento de la exploración y el tipo de intervención que se va a realizar.

El anestesista que realiza la consulta cumplimentará:

- Antecedentes familiares y personales de interés relativos al enfermo así como alergias medicamentosas y transfusiones anteriores.
- Exploración física.
- Exploraciones complementarias.
- Informe anestésico final.
- Si se contraindica la anestesia y motivo.
- Ordenes preoperatorias.
- Medicación preanestésica.

Para finalizar el documento debe constar el nombre, la firma, la fecha y el número de colegiado del anestesista que ha realizado el informe.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

SERVICIO/SECCIÓN:

N.º CAMA: ☐☐☐ ☐ CONSULTA EXT. ☐

N.º H.ª CLÍNICA: ☐☐☐☐☐☐

1º APELLIDO:

2º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO ☐ EDAD ☐☐

N.º S. S. /

Médico responsable _____

CONSULTA PREANESTÉSICA

MOTIVO DE LA CONSULTA

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO _____

INTERVENCIÓN PROPUESTA _____

OTRAS OBSERVACIONES _____

FECHA _____ FDO. Dr. _____

INFORME PREANESTÉSICO

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERÉS

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS CONOCIDAS ☐ NO ☐ SI

TRANSFUSIONES ANTERIORES ☐ NO ☐ SI REACCIONES TRANSFUSIONALES ☐ NO ☐ SI

ENFERMEDAD ACTUAL _____

OTROS PROBLEMAS ACTIVOS DE INTERÉS _____

TTO. FARMACOLÓGICO ACTUAL ☐ NO ☐ SI (Tipo y dosis) _____

Cód. 029461

12 a

INFORME PREANESTÉSICO (Continuación)

EXPLORACIÓN FÍSICA: PESO_____ TALLA_____ F.C. _____ F.R. _____ T.A. _____ T.ª_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

☐ GRUPO Y RH _____ ☐ Hto._____ Hb _____ PLAQUETAS_____

☐ COAGULACIÓN_____

☐ BIOQUÍMICA _____

☐ IONOGRAMA_____

☐ GASOMETRÍA_____

☐ OTRAS PRUEBAS_____

_____

☐ UROCULTIVO_____

☐ ECG _____

☐ Rx TORAX _____

☐ PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS_____

_____

INFORME FINAL:

_____

_____

_____

RIESGO A.S.A._____ SANGRE ☐ NO ☐ SI _____cc.

TIPO DE ANESTESIA PROPUESTA _____

☐ **ANESTESIA CONTRAINDICADA. MOTIVO:**

_____

_____

ÓRDENES PREOPERATORIAS:

_____

_____

_____

_____

MEDICACIÓN PREANESTÉSICA:

1.ª_____ **DOSIS** _____ **VÍA** _____

2.ª_____ **DOSIS** _____ **VÍA** _____

FECHA _____ **FDO. Dr.** _____

PROTOCOLO DE ANESTESIA (COD.038113)

Es el documento que refleja la evolución de cualquier proceder anestésico, realizado por un anestesista, durante las intervenciones quirúrgicas.

FORMATO

DIN-A4, original a doble cara, cartón de color amarillo crema.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Los datos relativos a filiación del paciente, ubicación en el hospital, etc serán rellenados por el/la responsable del equipo asistencial o en quién haya delegado el anestesista.

El resto de los datos serán rellenados por el propio anestesista a lo largo del acto anestésico y facilitará el original del documento para su inclusión en la historia clínica.

CONTENIDO

- Datos personales del enfermo.
- Tipo de anestesia realizada (general, regional, raquianestesia, etc) intubación, control respiratorio, perfusión IV, monitorización.
- Gráfica secuencial donde se indiquen: medicación utilizada, variaciones de constantes, aportes y pérdidas de líquidos, síntomas clínicos, etc.
- Tipo de intervención quirúrgica, radiológica, etc y tipo de premedicación.
- Incidencias, si las hubiere, durante la intervención y analítica intraoperatoria.
- Nombre y firma del anestesista.
- Nombre del cirujano.
- FECHA de la intervención.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º H.ª CLINICA:

1er APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

EDAD

SEXO

FECHA

PROTOCOLO DE ANESTESIA:

INTERVENCIÓN:

PREMEDICACIÓN:

E	P	A	SC	ASA	ALERGÍAS

HORA 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

MEDICACIÓN

INTUBACIÓN
TUBO
N.º BALON
VIA
DIFICULTAD

TA V Λ
PULSO ●
COMIEN. ANEST. X
COMIEN. OPERAC. ⊙
FIND ANEST. ⊗
TEMP. Δ

C° 39 38 37 36 35 34 33 32

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0

PERFUSIÓN IV MONITORIZACIÓN

DIURESIS

CONTROL RESPIRATORIO

TRES VIAS AEREAS Cm H_2O
FRECUENCIA
VOLUMEN N_2O
MINUTO O_2
SATUR O_2
FECO 2

LOCO REGIONAL	AGUJA	REGION	ESPACIO	ABORDAJE	ALTURA CATETER	FACILIDAD PUNCION	NIVEL	TECNICA

ANESTESIA

CIRUJANO

LIQUIDOS TOTALES

PERDIDAS HEMATICAS

Cód. 038113

13

INCIDENCIAS INTRAOPERATORIAS

ANALITICA INTRAOPERATORIA

Firma _____

Fecha _____

PROTOCOLO QUIRÚRGICO (COD.031150)

Es el documento que refleja cualquier acto realizado en el quirófano, de forma programada ó urgente, independientemente del tipo de anestesia que se utilice (general, local o regional).

FORMATO

DIN-A4 original por una cara.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Los datos deberán ser cumplimentados por el facultativo que realice la intervención.

CONTENIDO

- Identificación del paciente.
- Identificación Servicio/Sección.
- Nombre del cirujano principal, otros cirujanos, anestesistas e instrumentistas.
- Tipo de intervención y FECHA en que se realiza, indicando si es urgente o programada.
- Diagnóstico pre y post-operatorio.
- Tipo de anestesia.
- Profilaxis antibiótica y profilaxis antitrombótica.
- Técnica quirúrgica detallada, según encabezamiento.
- Indicaciones postoperatorias.
- Firma del cirujano principal y fecha.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

SERVICIO / SECCIÓN:

N.º CAMA

N.º H.ª CLINICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

N.º S.S. _____ SEXO ☐ EDAD ☐☐

FECHA INTERVENCIÓN _____ HORA _____

URGENTE ☐ PROGRAMADA ☐

PROTOCOLO QUIRURGICO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____

DIAGNISTICO POSTOPERATORIO _____

TIPO DE INTERVENCIÓN _____

CIRUJANO _____ 1.er AYUDANTE _____

2º AYUDANTE _____ INSTRUMENTISTA _____

ANESTESIA _____ ANESTESIOLOGO _____

PROFILAXIS ANTIBIOTICA: S ☐ N ☐ ANT. USADO _____

PROFILAXIS ANTITROMBOTICA: S ☐ N ☐ ANT. USADO _____

SISTEMA INFORME: 1 TECNICA (POSICIÓN, VIA DE ACCESO, HALLAZGOS...) 2 INCIDENCIAS, 3 DRENAJES. 4 SITUACIÓN CLINICA SALIDA. 5 MUESTRAS BACTERIOLOGICAS Y A. PATOLOGICAS. 6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS INTRAOPERATORIAS. 7 TIEMPO DE ISQUEMIA.

Firma Cirujano:

Fecha .....

Cód. 031150

12

INGRESO EN SALA DEL DESPERTAR (COD.030070)

Es la hoja que refleja la evolución del paciente tras una intervención quirúrgica.

FORMATO

DIN-A4, original a doble cara.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Los datos de filiación del paciente, ubicación en el hospital y toma de constantes serán cumplimentados por el personal de enfermería.

El resto de datos deberán ser escritos por el anestesista responsable.

CONTENIDO

- Datos del paciente y nº de cama.
- Servicio y médico responsable.
- Intervención realizada
  - → Signos vitales.
  - → Tipo de anestesia y respuesta del enfermo.
  - →Tipo de intervención.
- Prescripciones de rutina.
- Destino del enfermo.
- Firma del anestesista y hora de salida.
- Toma de constantes.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN

N.º CAMA

N.º H.ª CLÍNICA

1er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO EDAD

FECHA HOJA

Médico responsable:

INGRESO EN SALA DEL DESPERTAR

INTERVENCIÓN REALIZADA:

SIGNOS VITALES: Temperatura _____ T.A. _____ / _____ F.C. _____ F.R. _____

ANESTESIA: Regional _____ General _____ Otra _____

REGIONAL: Nivel de analgesia _____

GENERAL: No responde _____ Adormecido _____ Despierto _____

INTUBACIÓN: No _____

Sí _____ Oral _____ Nasal _____ Traqueostomía _____

Fecha: _____ *Hora:* _____ *Firma,*

PRESCRIPCIONES DE RUTINA

1.-Administración de O_2: DAR O_2 _____ l/m _____ Máscara _____ Canula

2.-Signos vitales cada _____ minutos

3.-Fluidoterapia

4.-Medicación

5.-Otras medidas

6.-Avisar Anestesiólogo si:

- T.A. < _____ ó > _____
- F.R. < _____ ó > _____
- F.C. < _____ ó > _____
- PVC. < _____ ó > _____
- Diuresis < _____ ó > _____

El Enfermo _____
pasa a la planta recuperado de la anestesia.
R.P.A. _____
EL ANESTESISTA,

Hora de salida _____

Cod. 030070

13 a

CONSTANTES

RITMO				HORA
70	30	41	200	250
60	25	40	175	220
50	20	39	150	190
40	15	38	125	160
30	10	37	100	130
20	5	36	75	100
10	0	35	50	↕ 70
•	+	O	•	
FR	PV 5	T 34	P 25	PA 40

Controlada 0

SIMV-

Multiv./Gafas

VT...

VM...

FR...

PEEP

FIO2/02, I-/M

Vómitos/asp.gast. .....

Drenado .....

Drenado .....

Diuresis .....

Heces .....

SUDOR/PERSPIRATIO .....

TOTAL .....

Ingerido .....

TOTAL .....

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERIA (COD.040644)

La valoración de enfermería consiste en la recogida sistemática de información sobre el paciente, que nos va a servir para confeccionar el plan de cuidados.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Personal de enfermería responsable del paciente.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio.
- Procedencia.
- Fecha y hora de ingreso.
- Datos físicos y antecedentes.
- Estado de salud y problemas actuales.
- Factores socioculturales.
- Hábitos y costumbres.
- Cualquier otra información que consideremos de utilidad.

Los datos se obtendrán mediante entrevista, examen físico, observación y revisión de informes. Se procurará guardar la mayor intimidad y discreción posibles en el momento de su cumplimentación.

Este documento es de obligado cumplimiento por parte del equipo de enfermería, realizándose en el momento del ingreso hasta el punto que permita el estado del paciente, rellenándose preferiblemente en las primeras 24 horas.

LA VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA DEBERÁ CONTENER NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA/O QUE LO REALIZA.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE	INSALUD	Nº Hª CLINICA:
SERVICIO/SECCIÓN:		1º APELLIDO:
		2º APELLIDO:
		NOMBRE:
Nº CAMA ☐☐☐☐		SEXO ☐ EDAD ☐☐
VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA		Fecha de ingreso:
		Nº S.S. /

DATOS AL INGRESO

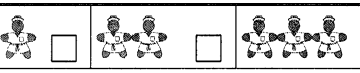
MOTIVO:		DIAGNOSTICO MEDICO:	
PROCEDENCIA: Urgencias ☐ Programado ☐ Traslado ☐ C. Externas ☐	FORMA DE LLEGADA A pie ☐ Silla de ruedas ☐ Cama ☐ Camilla ☐ Acompañado si ☐ no ☐	**ALERGIAS**: SI ☐ NO ☐ A: PRECISA AISLAMIENTO si ☐ no ☐ TIPO:	CONSTANTES: TA. / mmHg. Tª ºC. Fc p/m. Fr r/m.
VIVE CON:		Telf. de contacto:	

ESTADO PREVIO

OTROS PROCESOS activos y/o crónicos	TRATAMIENTO HABITUAL:	PROTESIS: Dental ☐ Ocular ☐ Audífono ☐ Otras:

HABITOS Y COSTUMBRES

Hábitos tóxicos si ☐ no ☐ ¿cuáles?	Dieta habitual:	Hábitos de sueño: Ligero ☐ Profundo ☐	Ejercicio físico: ¿habitualmente? si ☐ no ☐

HIGIENE 

ADECUADA ☐ **INADECUADA** ☐

ALTERACIONES DE PIEL Y/O MUCOSAS **SI** ☐ **NO** ☐

Lesión ☐ Úlcera ☐

Ictericia ☐ Palidez ☐

Enrojecimiento ☐ (localización)_____

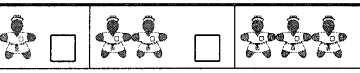
Edemas ☐ (localización)_____

OTRAS AFECCIONES DE LA PIEL:

VALORACIÓN NORTON PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

A. ESTUDIO FISICO GENERAL		B. ESTADO MENTAL		C. ACTIVIDAD		D. MOVILIDAD		E. INCONTINENCIA	
BUENO	4	ALERTA	4	TOTAL	4	AMBULANTE	4	NINGUNA	4
MEDIANO	3	APÁTICO	3	DISMINUIDA	3	CAMINACON AYUDA	3	OCASIONAL	3
REGULAR	2	CONFUSO	2	MUY LIMITADA	2	SENTADO	2	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	1	ESTUPOROSO COMATOSO	1	INMÓVIL	1	ENCAMADO	1	URINARIA + FECAL	1

PUNTUACIÓN _____ (SI EL RESULTADO ES DE 14 O MENOR SE INICIARÁ PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE U.P.P.)

CONSCIENCIA 

ALTERACIONES **SI** ☐ **NO** ☐

Desorientado ☐ Agitado ☐ Inconsciente ☐ Coma ☐ OTRAS:

DEBERÁ QUEDAR EN LA HISTORIA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA

40

Cod.: 040644

MOVILIDAD

DIFICULTADES SI ☐ NO ☐

OTRAS:

AYUDA PARA	TIPO DE AYUDA
DEAMBULAR	Humana ☐ Mecánica ☐
LEVANTARSE (cama, sillón)	Humana ☐ Mecánica ☐
MOVIMIENTOS EN CAMA	Humana ☐ Mecánica ☐

ALIMENTACIÓN

DIFICULTADES SI ☐ NO ☐

Masticación ☐ Deglución de líquidos ☐ Deglución de sólidos ☐ Naúseas ☐ Vómitos ☐
Anorexia ☐ Bulimia ☐ OTRAS:

OXIGENACIÓN

ALTERACIONES SI ☐ NO ☐

Disnea ☐ Cianosis ☐
Tos: Seca ☐
Productiva ☐
Aspecto de las secreciones:

Oxigenoterapia ☐ Traqueotomía ☐

OTRAS:

ELIMINACIÓN

URINARIA

ALTERACIONES SI ☐ NO ☐

Incontinencia ☐ Retención ☐ Hematuria ☐

Sonda vesical ☐ Tipo:_____

Ultimo cambio ____/_____/_____

INTESTINAL

ALTERACIONES SI ☐ NO ☐

Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Incontinencia ☐

Ostomia ☐

OTRAS:

SEGURIDAD

DIFICULTADES SI ☐ NO ☐

Barandilla ☐ Sujección ☐ OTRAS:

BIENESTAR

DOLOR SI ☐ NO ☐

Agudo ☐ Crónico ☐ Localización: _____

Intensidad (escala de 0 a 10): _____

Analgesia habitual: _____

ESTADO ANÍMICO

ALTERACIONES SI ☐ NO ☐

Apatía ☐ Euforia ☐ Miedo ☐ Tristeza ☐
Preocupación ☐ Agresividad ☐ Ansiedad ☐

OTRAS:

COMUNICACIÓN

ALTERACIONES SI ☐ NO ☐

Visión: Deficiente ☐ Normal ☐
Ceguera ☐
OTRAS:

Audición: Deficiente ☐
Sordera ☐
Normal ☐

Habla: Incoherente ☐
Afásico ☐ Mudo ☐ Normal ☐

Significado de los iconos: se relacionan con la necesidad de cuidados de los pacientes, vigilancia, ayuda, etc. Según proceda.	Autónomo	Cierta Dependencia	Dependiente

Fecha __/_____/_____ **Firma** (legible)

DIARIO DE ENFERMERÍA (COD.029506)

El diario de enfermería recoge los datos y comentarios referentes al paciente y a la evolución de los cuidados que precise durante su ingreso hospitalario.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Enfermera/o responsable del paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Diariamente y en cada turno.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio, cama y nº de hoja.
- Reseñar incidencias que **sean de interés** en la evolución del paciente.
- Respuesta a los cuidados prestados.
- Se transcribirá la información de manera clara y concisa.

LA EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA DEBERÁ CONTENER EL NOMBRE Y LA FIRMA DE LA ENFERMERA/O QUE LO REALIZA.

NO SE UTILIZARÁ COMO HOJA DE ANAMNESIS DE ENFERMERÍA.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

Nº Hª CLÍNICA:

1er APELLIDO:

2º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO EDAD

Nº S.S.: /

Nº de Hoja:

SERVICIO/SECCION:

Nº CAMA CONSULTA EXT.

DIARIO DE ENFERMERIA

DIA	TURNO	ALERTA:

Cód. 025606

SE DEBE FIRMAR CADA ANOTACION

41

GRÁFICA DE CONSTANTES (COD. 029292)

En esta hoja se recogen los datos objetivos, medibles y cuantificables sobre la situación del paciente.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Personal de enfermería, por turnos, según la pauta prescrita para cada paciente.

CONTENIDO

- Datos de identificación del paciente.
- Servicio.
- Constantes vitales.
- Aportes, pérdidas y balance hídrico.
- Control drenajes.
- Peso y talla.
- Otras determinaciones.
- Registro de fecha de intervención quirúrgica.
- Se utilizará la gráfica de constantes horarias en aquellos pacientes en situaciones críticas y en las Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación.

Código de colores: TEMPERATURA: rojo. PULSO: azul. TENSIÓN ARTERIAL: verde. PRESIÓN VENOSA: negro.

LAS ANOTACIONES SE REALIZARAN EN CIFRAS O EN GRÁFICO USANDO LOS COLORES Y SIMBOLOGÍA CORRESPONDIENTE.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º H.ª CLINICA:

1.er. APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

N.º S.S. _____ SEXO ☐ EDAD ☐☐

FECHA INGRESO ☐☐ ☐☐ ☐☐

SERVICIO/ SECCION:

N.º CAMA ☐☐☐ ☐

GRAFICA DE CONSTANTES

FECHA																					
					M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
20	70	160	41	25																	
15	60	140	40	20																	
10	50	120	39	15																	
5	40	100	38	10																	
0	30	80	37	5																	
5	20	60	36	0																	
PVC	R	P	T.	T.A.																	
GLUCOSA																					
PESO (Kg.) / TALLA																					
LIQUIDOS	SALIDAS																				
		Vómitos y Asp.																			
		Deposiciones																			
		DIURESIS																			
		Totales ...																			
	ENTRADAS	INGESTA																			
		Totales ...																			
BALANCE																					
VOLUMENES TRANSFUNDIDOS (S.T. C.H. Plaq. Plm.)																					
OTROS																					

Cod. 029292

42

CONTROL DE PRUEBAS (COD.031082)

Registro ordenado donde se anotan las fechas en que se solicitaron pruebas complementarias, cuándo se realizaron y cuándo se recibió el resultado.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Personal de enfermería.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Tras la petición del estudio correspondiente, en el momento de realizar y recibir la prueba.

CONTENIDO

En ella se anotan los nombres de las pruebas junto a la fecha de petición. En las columnas de la derecha la enfermera/o anotará cuándo se realiza y reciben los resultados de la prueba solicitada, rellenando el apartado correspondiente.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

N.º H.ª CLINICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO EDAD

F. INGRESO HOJA

SERVICIO / SECCION:

N.º CAMA CONSULTA EXT.

CONTROL DE PRUEBAS

FECHA DE PETICION	ANALITICA EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS	FECHAS REALIZADO	FECHAS RECIBIDO

Cód. 031082

43

MEDICACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERIA (COD.029517)

Se recoge el tratamiento y el plan de cuidados de enfermería.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Enfermera/o responsable del paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Diariamente y siempre que sea necesario por modificaciones en el tratamiento.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio, cama y número de hoja.
- Se especificará medicamento, vía, dosis y horario detallado de la medicación para su administración. Sobre estos horarios se señalará si se ha administrado la medicación o no en el momento de hacerlo.
- Se transcribirá el tratamiento médico con exactitud y claridad.
- Los cuidados de enfermería, su procedimiento y periodicidad.

ESTARÁ FIRMADO EN CADA TURNO POR LA ENFERMERA/O RESPONSABLE.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

Nº Hª CLINICA:

Nº S.S.:

SERVICIO/SECCION:

Nº CAMA

1º APELLIDO:
2º APELLIDO:
NOMBRE:

SEXO EDAD

CUIDADOS Y MEDICACION ENFERMERIA

HOJA Nº.:

FECHA				
DIETA				
CONSTANTES				
PESO - TALLA				
DIURESIS				
ACTIVIDAD				
OXIGENOTERAPIA				
ENEMAS				
DRENAJES				
CURAS				
GLUCOSA CAPILAR				
PRUEBAS DIAGNOSTICAS				
VÍA:				
VÍA:				
OTROS CUIDADOS				

Cód. 029517

DEBERÁ QUEDAR EN LA HISTORIA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA

44

NOMBRE:_____ Nº CAMA:_____

ALERGIAS:_____

FECHA				
FLUIDOTERAPIA				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
MEDICACION VIA DOSIS FC				
FIRMA MAÑANA				
TARDE				
NOCHE				

PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL ENFERMO (COD.069285)

Recoge los cuidados de enfermería realizados al enfermo destinado a adecuar su estado para ser intervenido quirúrgicamente.

FORMATO

DIN-A4.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Personal de enfermería responsable del paciente.

MOMENTO DE SU CUMPLIMENTACIÓN

Tras realizar los cuidados, previamente a la entrada del paciente en el quirófano.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio.
- Tipo de intervención.
- Constantes previas a la intervención.
- Alergias conocidas.
- Cuidados de enfermería realizados y premedicación administrada.
- Fecha de cumplimentación.
- Firma del responsable.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE	INSALUD	Nº Hª CLINICA:
SERVICIO/SECCION:		Nº S.S.: 1º APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE:
Nº CAMA		SEXO EDAD
		FECHA INGRESO:
ÁREA DE ENCAMACIÓN: ENFERMERÍA		FECHA: HOJA

PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL ENFERMO

TIPO DE INTERVENCIÓN: URGENTE:

CONSTANTES: T.A.: P.: Tª:

ALERGIAS:

CONTROL: (marcar con una X si se realiza)

- ☐ En intervenciones programadas preoperatorio completo.
- ☐ Corte de pelo/depilado de la zona operatoria el día anterior o preferentemente el mismo día de la intervención y aplicar antiséptico.
- ☐ Baño o ducha, incluyendo cabeza, con antiséptico en intervenciones programadas y urgentes.
- ☐ Las uñas deben ser recortadas y desprovistas de esmalte.
- ☐ Pruebas cruzadas.
- ☐ Limpieza mecánica intestinal.
- ☐ Dilatación de pupilas: O.D.:☐ O.I.:☐ ① ② ③ ④
- ☐ Premedicación por anestesia:
  Indicar cual: _____
- ☐ Sondaje vesical, según protocolo.
- ☐ Sondaje gástrico si procede.
- ☐ Tracciones, yesos, etc.
- ☐ La mañana de la intervención retirar prótesis y pertenencias personales.
- ☐ Glucemia basal: _____ insulina: _____
- ☐ En histerectomías, descontaminar vagina, con antiséptico.
- ☐ Identificación del paciente con pulsera.
- ☐ Identificación de la cama del paciente.
- ☐ Realizar aseo bucal el mismo día de la intervención.
- ☐ Descontaminación con antimicrobianos orales (cirugía de colon)-(cistectomía).
- ☐ Administrar profilaxis antibiótica según protocolo. Antes de la intervención:
  Indicar cual: _____

☐ Fluidoterapia:

OBSERVACIONES: _____

FECHA: FIRMA:

Cód.: 069285

SE HARÁ CONSTAR LA FECHA (HORA SI PROCEDE) Y LA FIRMA

44

INFORME DE INTERCONSULTAS (COD.031105)

El documento a través del cual desde un servicio hospitalario se solicita la valoración médica/quirúrgica o la realización de ciertas pruebas a otro servicio hospitalario.

FORMATO

Original (tipo solapa) y copia.

PERSONAL QUE LO CUMPLIMENTA

Facultativos del equipo que atiende al enfermo.

El documento consta de dos secciones:

1. Superior: cumplimentada por el facultativo peticionario.
2. Inferior: cumplimentada por el facultativo que informa.

CONTENIDO

La solicitud deberá incluir el motivo que justifica la consulta, así como los datos que se consideren útiles para orientar al profesional que realiza la interconsulta. Se hará constar la **fecha** en la que se realiza la interconsulta, la **firma** y la **identificación del facultativo** que hace la solicitud.

En la contestación, deberá constar la **fecha** y la **identificación y firma del médico** que informa.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

SERVICIO/SECCIÓN:

Nº CAMA ☐☐☐☐ CONSULTA EXT. ☐

N.º H.ª CLÍNICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO ☐ EDAD ☐☐

ORDINARIA ☐ PREFERENTE ☐ URGENTE ☐

MÉDICO RESPONSABLE: .....

INFORME DE INTERCONSULTAS

SERVICIO / SECCIÓN (Destinatario)
INFORMACIÓN CLÍNICA

FECHA: HORA:

Firma:

Importante: 1º Desenganche esta solapa y adjúntela a la H.ª Clínica.
2º Retirar de la H.ª Clínica a la recepción del informe.

INFORME:

Cód. 031105

52

HOJA SOPORTE ANALÍTICAS (COD.031093)

Su finalidad es recoger de forma ordenada los resultados analíticos que no vengan editados en DIN A-4. Las hojas sueltas se fijarán con adhesivo a este soporte.

Es responsabilidad de la enfermera/o su ordenación correcta según la fecha de recepción, ocupando la parte inferior los más antiguos y la superior los más modernos.

CONTENIDO

- Datos identificativos del paciente.
- Servicio y número de cama.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

INSALUD

SERVICIO/SECCION:

N.º CAMA

CONSULTA EXT.

HOJA SOPORTE ANALITICAS

N.º H.ª CLINICA:

1.er APELLIDO:

2.º APELLIDO:

NOMBRE:

SEXO

EDAD

F. INGRESO

HOJA

11

10

9

8

7

6

5

4

3

2

PEGUESE AQUI EL PRIMER INFORME 1

Cód. 031093

60

B. DOCUMENTOS ESPECÍFICOS:

A continuación se enumeran los documentos específicos (interconsultas y petición de pruebas complementarias) más utilizados, agrupados por servicios:

SERV	CODIGO	TITULO
APATOLOGI	29742	ESTUDIO CITOLOGICO
APATOLOGI	29281	SOLICITUD INFORME A.PATOLOGICA
BANCO	29720	SOLICITUD TRANSFUSION
BANCO	29731	ESTUDIO INMUNOHEMATOLOGICO
BANCO	35468	ESTUDIO MATERNO-FETAL
BANCO	59723	HOJA DE CONTROL DE TRANSFUSION
C.VASCULAR	29911	EXPLORACION HEMODINAMICA T.S.A.
C.VASCULAR	29922	EXPLORACION MM.II. C.VASCULAR
C.VASCULAR	29900	EXPLORACION M.M.S.S. C. VASCULAR
C.VASCULAR	29933	EXPLORACION SISTEMA VENOSO
C.VASCULAR	30160	ECO-DOPPLER T.S.A.
C.VASCULAR	30171	EXPLORACION VASCULAR
C.VASCULAR	30182	HISTORIA DE VARICES
CARDIOLOGI	D/93.34	PET.ECOCARDIO
CARDIOLOGI	130784	SOLICITUD ECG CONTINUO. HOLTER
CIRUGIA	D/99.1085	ANMNESIS Y EXPLORA. MAMA
DIGESTIVO	29494	PETICION ENDOSCOPIA
DIGESTIVO	D/98.1030	SOLICITUD ECOGRAFIA DIGESTIVO
ENF QUIRÓFANOS	D/93.181	ANAMNESIS ENFERMERIA QUIROFANO
ENFERMERI	131509	INFORME CUIDADOS ENFERM. TRASLADO INTRAHOSPIT
ENFERMERI	D/98.1037	ORDEN ENFERMERIA QUIMIOESHA
ENFERMERI	51477	DIARIO DE MATRONAS
ENFERMERI	D/98.1036	MEDICACION QUIMIO ENFERMERIA
ENFERMERI	70849	HISTORIA DE MATRONAS
FARMACIA	D/94.827	PRESCRIPCION ALBUMINA
FARMACIA	D/97.995	PETICION FORMULAS MAGISTRALES
GENERICO	29304	REGISTRO RESULTADOS ANALITICOS

GENERICO	131422	SOLICITUD NIVELES FARMACOS ATENCION ESPECIALIZADA
GENERICO	29618	PROPUESTA CANALIZ.CENTROS DISTINTOS REFERENCIA
GENERICO	29764	SOPORTE ECG
GENERICO	29652	GRAFICOS Y DIARIO ENFERMERIA UCI-REA
GENERICO	029539	SOLICITUD INTERVENCION QUIRURGICA PROGRAMADA
GENERICO	D/94.502	HOJA DE TRASLADO
GENERICO	SIN CODIGO	HOJA DE IMPLANTES
GENERICO	62255	SOLICITUD RMN
GENERICO	29629	SOLICITUD PRESTACION ORTOPROTESICA
GENERICO	124490	INFORME MEDICO POR MALOS TRATOS
GINECOLOGI	D/93.29	HISTORIA ESTERILIDAD
GINECOLOGI	D/98.1060	INFORME ECO GINECOLO
GINECOLOGI	45043	ESTUDIO DE ESTERILIDAD
GINECOLOGI	45054	ESTERILIDAD: ANAMNESIS Y EXPLORACION
HEMATOLOG	52300	ESTUDIO DE MEDULA OSEA
HEMATOLOG	D/94.804	ESTUDIO HEMOGLOBINAS
LAB.BIOQUÍMICA	SIN CODIGO	PETICION ANALISIS BIOQUIMICA
LAB.BIOQUÍMICA	40352	PETICION ANALISIS LAB. EXTERNO
LAB.HEMATO	D/97.955	PET.EST.INMUNOFENOTI
MICROBIOLO	30238	PETICION LABORATORIO MICROBIOLOGIA
NEFROLOGI	29348	GRAFICAS CONSTANTES DIALISIS
NEONATOLO	120069	INFORME DE ALTA RECIEN NACIDO
NEUFISCLI	125165	SOLICITUD EMG
NEUFISCLI	D/00.61	SOLICITUD DE POTENCIALES EVOCADOS
NEUMOLOGI	55820	INFORME EXPLORACION NEUMO
NEUMOLOGI	D/99.1114	SOLICITUD DE POLISOMNOGRAFIA
NEUMOLOGI	29269	EXPLOR FUNCIONAL RESPIRATORIA
NEUMOLOGI	29270	SOLICITUD EXPLORACIONES EN NEUMOLOGIA
NUTRICIÓN	131121	PRESCRIPCIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL
NUTRICIÓN	131122	PRESCRIPCIÓN NUTRICIÓN ENTERAL
OBSTETRICI	30384	HISTORIA OBSTETRICA
OBSTETRICI	44345	FICHA CONSULTA TOCOLOGIA (HC DE TOCOLOGIA CONSULTA
OBSTETRICI	31262	EXAMEN DEL RECIEN NACIDO
OBSTETRICI	30373	PARTOGRAMA
OFTALMOLO	D/96.908.	HISTORIA CLINICA OFTALMOLOGIA

ONCOLOGIA	39800	COMITE DE TUMORES
ONCOLOGIA	39811	ORDEN TRATAMIENTO QUIMIO
ONCOLOGIA	D/97.993	HOJA ENFERMERIA HOSPITAL DE DIA
ORL	D/00.71	EXPLORACIONES AUDIOLÓGICAS
ORL	D/94.821	PRIMERA EXPLORACION
PEDIATRIA	29854	TRATAMIENTO Y CONTROLES PEDIATRICOS
PEDIATRIA	29876	ANAMNESIS PEDIATRIA
PEDIATRIA	D/97.985	VALORAC ENFERMERIA PEDIATRICA AL INGRESO
PEDIATRIA	120058	INFORME CUIDADOS ENFERM PEDIAT. ALTA O TRASLADO
PEDIATRIA	30069	GRAFICA CONSTANTES UCI NEONATAL
PSICOLOGIA	D/94.706.1	HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA
PSIQUIATRIA	D/00.67.2	HISTORIA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA (2)
PSIQUIATRIA	D/00.68	DIARIO CLÍNICO DE PSIQUIATRÍA
PSIQUIATRIA	D/00.67.1	HISTORIA CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA
REA	30014	ORDEN DE TRATAMIENTO REA
RHB	D/97.967	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
RX	31149	PETICION EXPLORACIONES RADIOLOGICAS
UCI	29315	REGISTRO RESULTADOS ANALITICOS UCI
URGENCIAS	D/98.1055	HOJA ENFERMERIA AREA OBSERVACION
URGENCIAS	0HG-PS	PARTE JUZGADO (HG Y PS)
URGENCIAS	123185	HOJA TRATAMIENTO Y PRUEBAS COMP ENFERM. AREA BOXES

Consentimiento Informado

NORMATIVA SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDENTE DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL INSALUD (1995)

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Todo paciente tiene derecho a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica, desde que se establece la relación con su médico.

La información en la relación asistencial es un deber ineludible del profesional y, por lo tanto, debe constituir un acto clínico más, tan importante como cualquier otro en las tareas que competen a aquél.

La información recibida por el paciente debe entenderse como un proceso gradual y continuado a lo largo de todo el proceso asistencial, que se realiza en el seno de la relación médico-enfermo durante todo el proceso, y que debe permitir que el paciente participe activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

1.2. En el ámbito de la relación sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud el proceso de información y participación del paciente no se realiza todavía con carácter general de manera satisfactoria.

Modificar esta situación supone un profundo cambio cultural, que no puede desarrollarse de manera brusca, pero que requiere en todo caso el estable-

cimiento de formas concretas de información y participación de los pacientes en los procesos diagnósticos y tratamiento de su enfermedad.

1.3 Los procesos de información y consentimiento por parte de los pacientes se desarrollan básicamente a través del intercambio verbal. Sin embargo, algunos aspectos de esos procesos pueden quedar registrados y documentados por escrito.

La consideración sobre la conveniencia del registro escrito del consentimiento informado es variable en diferentes países de nuestro entorno. En nuestro país, en todo caso, es obligada la implantación de formas de registro como la mencionada, como consecuencia de lo establecido en el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad.

1.4 Conforme a lo establecido en la citada norma, los documentos de información y consentimiento deben cumplir diversas finalidades:

- La primera de ellas, y la más importante, servir de medio de apoyo al proceso de consentimiento, facilitando la transmisión de una información completa, veraz y comprensible para el paciente.

- Por otra parte, siempre que se haya acompañado de la suficiente información verbal, el documento escrito puede coadyuvar eficazmente a proteger a los profesionales sanitarios de posibles denuncias por falta de información al paciente o por información deficiente.

La utilización de documentos de consentimiento no puede surtir efectos de exoneración de responsabilidad de los profesionales por el desarrollo de sus actuaciones y, por esa razón, referencias o cláusulas que tengan esa finalidad no deben constar en los documentos de consentimiento informado, ni deben tampoco tratar de ser utilizados para esos fines.

1.5 Aunque los procedimientos médicos son muy parecidos en todo el mundo desarrollado, las diferencias culturales inciden de manera importante en la comunicación entre médico y paciente.

Por ello, es mucho más fácil establecer pautas de utilización de técnicas y tecnologías que modelos únicos de información y soporte escrito del consentimiento informado.

Por otra parte, es imposible informar por escrito a un paciente de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le pueden realizar en el curso de su asistencia, lo que supondría una burocratización inaceptable de la actuación médica.

Las fórmulas de consentimiento general, de otro lado, no garantizan la información y, por ello, carecen de valor desde el punto de vista legal.

Todas esas razones conducen a considerar como lo más adecuado y prioritario la elaboración de documentos específicos referidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos determinados que con-

lleven un cierto grado de riesgo. Esos documentos deben ser elaborados por los profesionales, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro y servicio.

1.6 En el marco de lo señalado en el apartado anterior, sí es posible, sin embargo, establecer una orientación general sobre los contenidos de los documentos de consentimiento informado, de forma que reflejen unos aspectos mínimos semejantes. Dichas pautas se indican en el apartado siguiente de este informe.

2. CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS DE C.I.

En todo documento escrito específico de consentimiento informado deben figurar los siguientes apartados, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios:

a. Datos personales del paciente.

b. Nombre y apellidos del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente.

c. Nombre del procedimiento que se vaya a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo.

d. Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia, como por ejemplo, la pérdida de un miembro.

e. Descripción de los riesgos típicos del procedimiento. Se entiende por tales aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen también aquellos que, siendo infrecuentes pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.

f. Descripción de los riesgos personalizados. Deben entenderse por éstos los que están relacionados con las circunstancias personales de los pacientes y hacen referencia al estado previo de salud, a la edad, a la profesión, a las creencias, valores y actitudes de los pacientes, o a cualquier otra circunstancia de análoga naturaleza.

g. A criterio del facultativo puede incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.

h. Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados en los apartados anteriores, así como de alternativas diferentes al procedimiento, con pros y contras, de forma que el paciente participe, si así lo desea, en la elección de la más adecuada, y que dicha elección tenga en cuenta sus preferencias.

i. Manifestación del paciente acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y de haber obtenido información sobre las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de su consentimiento para someterse al procedimiento.

j. Fecha y firmas del médico que informa y del paciente.

k. Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incapacidad del paciente.

l. Apartado para la revocación del consentimiento, que deberá figurar en el propio documento.

3. ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y FUNCIONALES DEL C.I.

3.1. El cumplimiento de los objetivos y funciones de los documentos de consentimiento informado exigen que el paciente, o su representante, reciban la información y el documento con la antelación suficiente y, en todo caso, al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes.

3.2. No deben considerarse válidos los documentos genéricos. El consentimiento escrito prestado para una intervención no debe resultar válido para otra diferente.

3.3. Los documentos de consentimiento informado deben extenderse por duplicado, uno de ellos a disposición del paciente, debiendo quedar el otro en la institución sanitaria, incorporado a la historia clínica correspondiente.

3.4. El destinatario de la información es el paciente y, como consecuencia, con carácter general debe ser éste el que otorgue y firme el consentimiento, salvo

las excepciones establecidas en el Artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad.

Cuando el paciente no quiera recibir la información, ésta debe transmitirse a los familiares o en su defecto a la persona que designe. Si el paciente prohibiera la transmisión de la información a los familiares o allegados, debe hacerse constar así en un documento firmado por el médico que informe con testigos, sin perjuicio de obtener el consentimiento del paciente para los procedimientos correspondientes.

Cuando a juicio facultativo el paciente, aún siendo mayor de edad, no tenga capacidad de discernimiento para decidir acerca de una intervención, debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos. El consentimiento informado debe ser firmado por los menores cuando, a juicio facultativo, reúnan las condiciones de madurez suficientes para otorgarlo, de conformidad con lo previsto en el Artículo 162.1 del Código Civil.

3.5. En el ámbito de las instituciones sanitarias, los protocolos de consentimiento informado por escrito deben desarrollarse por los servicios correspondientes, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de la institución sanitaria.

Una vez desarrollados de esa forma, deben ser avalados, antes de su puesta en funcionamiento, por un órgano técnico médico designado por la dirección de la institución. En aquellas instituciones en las que exista comité ético asistencial, éste deberá aprobar dichos protocolos.

3.6. Los documentos de consentimiento informado a los que se viene haciendo referencia no son de aplicación a proyectos de investigación en medicina, procedimientos de extracción de órganos ni situaciones de urgencia, ni a otros procedimientos que no se refieran a procesos claramente patológicos, como la cirugía estética, ni, en general, a cualquier procedimiento o actuación que, como los reseñados, tengan o precisen exigencias específicas.

3.7. La selección de aquellos procedimientos que, conforme a lo señalado en el apartado 1.5., sean más adecuados para la implantación de documentos de consentimiento informado, debe hacerse con el acuerdo de los profesionales, a través de las organizaciones científicas o grupos técnicos correspondientes, que, asimismo, deben constituir el apoyo fundamental para la definición de los riesgos típicos de las diferentes actuaciones médicas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.

Recomendaciones de la Comisión de Historias Clínicas para la confección del documento de consentimiento informado.

En el Complejo Hospitalario de Albacete se utiliza un modelo básico normalizado, que será completado por cada Servicio haciendo referencia a los procedimientos específicos que correspondan. A continuación se relacionan las recomendaciones de la Comisión sobre su contenido.

- Información clara y breve sobre el objetivo de la intervención/prueba diagnóstica de que se trate especificando de ser posible si se persigue un resultado curativo o paliativo.
- Información breve del procedimiento a realizar (en qué consiste, tipo de anestesia, ...).
- Consecuencias esperables del procedimiento (amputación, ceguera, esterilidad, ...).
- Complicaciones y efectos secundarios posibles. La Comisión de Historias Clínicas recomienda la utilización de frecuencias relativas (muy frecuente, frecuente, poco frecuente, excepcional, ...) sin perjuicio de utilizar porcentajes o frecuencias numéricas en casos particulares.
- Posible referencia a medidas que se tomarían en caso de presentarse las citadas complicaciones.
- Alternativas diagnósticas o terapéuticas al procedimiento propuesto.
- Riesgos personalizados (espacio en blanco).

Los documentos confeccionados por cada Servicio serán remitidos a la Comisión de Historias Clínicas para su discusión.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE	INSALUD	Nº Hª CLINICA : ☐☐☐☐☐☐☐ Nº S.S.:
SERVICIO/SECCION: Nº CAMA ☐ CONSULTA EXT. ☐		1º APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE: SEXO ☐ EDAD ☐☐
SERVICIO DE		FECHA ☐

AUTORIZACIÓN PARA

D/Dña..... D.N.I. nº..... paciente / representante, autoriza / deniega (táchese lo que no proceda), al especialista designado por el Servicio de para que le realice la " ", habiendo leído la información de esta autorización y habiendo sido informado oralmente de su indicación, su necesidad, sus riesgos, así como de otras alternativas, y comprendido sus explicaciones:

Albacete, a ..... de ..... de..... Firma:

Nombre del Médico que informa:..... Firma:

RIESGOS PERSONALIZADOS:.....
.....
.....

REVOCACIÓN

Revoco el consentimiento para la , prestado en fecha .....,y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... (LUGAR Y FECHA).

Fdo.: EL MÉDICO, *Fdo.: EL PACIENTE,*

Cód.

continúa.../...

DEBERÁ QUEDAR EN LA HISTORIA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA

32

.../... continuación

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos, como complemento a la documentación clínica.

AUTORIZO ☐ *SI* ☐ *NO*

Fdo: EL MÉDICO *Fdo.: EL PACIENTE,*

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DISPONIBLES EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE AGRUPADOS POR SERVICIOS (DICIEMBRE 2000):

SERV	CODIGO	TITULO
ALERG	98.1063	ALERGIA MEDICAMENTOS
ALERG	96.917	EXPLORACIONES ALERGIA
ANESTE	98.1027	ANESTESIA GENERAL Y LOCORREGIONAL
ANESTE	97.1026	ANALGESIA PARTO
APATOL	58531	PAAF
APATOL	31127	EXAMEN POST-MORTEM
CAR	99.1129	IMPLANTACION MARCAPASOS DEFINITIVO
CAR	99.1122	ABLACION ENDOCARDICA CATETER
CAR	99.1125	ECOCARDIO CON ESTRESS FARMACOLOGICO
CAR	99.1127	ERGOMETRIA
CAR	99.1120	CARDIOVERSION ELECTRICA
CAR	99.1130	IMPLANTACION MARCAPASOS TRANSITORIO
CAR	99.1131	PRUEBA MESA BASCULANTE
CAR	99.1132	ECOCARDIO TRANSESOFAGICA
CAR	99.1134	INGRESO EN UCI CARDIOLOGICOS
CAR	40622	EXPLORACIONES CARDIO
CAR	99.1126	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO
CIR	99.1094	CIRUGIA QUISTES HEPATICOS
CIR	99.1098	RESECCION PANCREATICA
CIR	99.1097	RESECCION HEPATICA
CIR	99.1096	RESECCION GASTRICA
CIR	99.1095	RESECCION DEL ESOFAGO
CIR	99.1087	BIOPSIA INTRAOPERATORIA CON O SIN CIRUGIA MAMA Y
CIR	50397	HERNIORRAFIA
CIR	50409	COLECISTECTOMIA
CIR	99.1084	MASTECTOMÍA PARCIAL O TOTAL Y/O LINFADENECTOMIA
CIR	99.1086	BIOPSIA DIFERIDA MAMA CON O SIN ARPÓN
CIR	99.1099	CIRUGIA VIA BILIAR
CIR	94.402	TIROIDECTOMIA
CIR	99.1093	ESPLENECTOMIA
CIR	94.829	CIRUGIA COLORRECTAL
CIR	94.834	LAPAROSCOPIA DIAG
CIR	94.835	APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA
CIR	99.1091	COLECTOMIA TOTAL CON O SIN RESERVORIO
CIR	99.1092	DERIVACIÓN PANCREATICA

CIR	99.1090	CIRUGIA ANTIRREFLUJO
CIR	99.1089	ABORDAJE VIA LAPAROSCOPICA
CIR	94.836	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
CPE	94.803.	INTERVENCION-EXPLORACIONES ESPECIALES
CPE	99.1103	PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MENOR
CPE	99.1104	ABORDAJE VIA LAPAROSCOPICA
CPE	97.948	EXPLORACIONES
CPE	99.1101	ESPLENECTOMIA
CPE	99.1105	CIRUGIA ANTIRREFLUJO
CPE	99.1102	COLECISTECTOMIA
CV	99.1144	CIRUGIA AORTOILIACA
CV	99.1143	CATETER CENTRAL CON O SIN RESERVORIO
CV	99.1142	AMPUTACION MENOR O DESBRIDAMIENTO
CV	99.1141	ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA
CV	99.1140	SIMPATECTOMIA LUMBAR
CV	99.1139	ANEURISMA AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL
CV	99.1136	AMPUTACION MIEMBRO
CV	99.1137	VARICECTOMÍA
CV	99.1145	REVASCULARIZACION MM.II.
CV	99.1138	ACCESO PARA HEMODIALISIS
DER	99.1151	TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA
DER	95.880	INTERVENCION-EXPLORACIONES ESPECIALES
DER	99.1152	TRATAMIENTO CON METROTEXATO
DER	99.1150	TRATAMIENTO CON PUVA
DER	D/00.70	TÉCNICA DEL GANGLIO CENTINELA
DIG	97.973	PAAF CON CONTROL ECOGRAFICO
DIG	97.951	CPRE DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA
DIG	97.952	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA
DIG	97.954	ENDOSCOPIA ORAL DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA
DIG	98.1035	DRENAJE PERCUTANEO CON CONTROL ECOGRAFICO
DIG	97.953	BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA
END	95.891	TEST FARMACOLOGICO ESTIMULACION H.CRECIMIENTO
GEN	125176	TRANSFUSION DE SANGRE Y DERIVADOS
GEN	130810	PUNCION LUMBAR
GEN	D/00.73	PARACENTESIS
GEN	D/00.76	ARTROCENTESIS DE RODILLA
GEN	D/00.74	TORACOCENTESIS
GEN	D/00.44	EXTRACCION DE ORGANOS Y TEJIDOS
GEN	D/00.72	TUBO DE TORACOTOMÍA
GEN	D/00.75	ACCESOS VENOSOS CENTRALES
GIN	D/00.53.2	FIV Y TÉCNICAS RELACIONADAS

GIN	96.906	INDUCCION OVULACION
GIN	94.400	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL
GIN	D/00.54	CRIOPRESERVACION Y ALMACENAMIENTO PREEMBRIONES
GIN	97.1013	OCLUSION TUBARICA
GIN	96.907	LAPAROSCOPIA Y/O HISTEROSCOPIA
GIN	97.1021	LEGRADO EVACUADOR
GIN	97.992	LEGRADO DIAGNOSTICO
GIN	94.307	HISTERECTOMIA VAGINAL
GIN	97.1025	LAPAROTOMÍA EXPLORADORA
GIN	94.308	LEGRADO UTERINO
GIN	97.1024	CERCLAJE CERVICAL
GIN	97.1023	INDUCCION DEL PARTO
GIN	97.1012	CORRECCION INCONTINENCIA URINARIA DE LA MUJER
GIN	97.1022	CESAREA
GIN	D/00.53.1	FIV Y TÉCNICAS RELACIONADAS
GIN	97.1020	MIOMECTOMÍA
GIN	97.1019	AMNIOSCOPIA
GIN	97.1018	AMNIOCENTESIS
GIN	97.1017	AMNIOCENTESIS GENETICA
GIN	97.1011	CONIZACION CERVICAL
GIN	94.401	HISTERECTOMIA ABDOMINAL SIMPLE
GIN	97.1014	HISTERECTOMIA RADICAL
GIN	97.962	TUMORECTOMIA OVARICA Y MALFORMACIONES UTERINAS
HEM	97.974	TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA
HEM	D/00.62	REALIZACIÓN DE AFÉRESIS
HEM	D/00.26	TRANSPLANTE AUTOLOGO PROGENITORES HEMATOPOYETICOS
HEM	D/00.11	TOMA DE MUESTRA DE MEDULA OSEA
NC	96.939	LAMINECTOMIA
NC	96.938	CRANEOTOMIA POR TRAUMATISMO CRANEAL O HEMORRAGIAS
NC	96.937	CRANEOTOMIA PROGRAMADA
NC	96.936	ARTRODESIS CERVICAL ANTERIOR
NC	96.935	HEMILAMINECTOMIA LUMBAR
NC	96.940	DERIVACION LCR
NEF	97.988	BIOPSIA RENAL/OSEA
NEF	97.989	COLOCACION CATETERES HEMODIALISIS
NEF	97.990	IMPLANTACION .CATETER DIALISIS PERITONEAL
NEUCLI	99.1117	EMG Y ENG
NEUCLI	D/00.60	POTENCIALES EVOCADOS
NEUMO	40633	EXPLORACIONES NEUMO
NEURO	96.909	TRATAMIENTO TOXINA BOTULINICA
OFT	98.1040	ESTRABISMO

OFT	99.1071	INTERVENCION DESPREND RETINA / VITRECTOMIA
OFT	98.1042	GLAUCOMA
OFT	98.1043	TRABECULOPLASTIA LASER
OFT	98.1044	INTERV. TRAUM. OCULARES/HERIDAS CORNEA/C.EXT. INTR
OFT	98.1045	PTERIGION Y OTRAS
OFT	98.1047	ANGIOGRAFÍAS OCULARES
OFT	98.1041	TRANSPLANTE CORNEA
OFT	98.1046	CATARATAS
ONC	98.1064	INMUNOTERAPIA ADYUVANTE MELANOMA
ONC	95.904	QUIMIO ANTITUMORAL
ORL	94.404	VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL
ORL	95.898	MICROCIRUGIA LARINGE
ORL	95.895	EXTIRPACION QUISTE Y FISTULAS LATEROCERVICALES
ORL	95.894	EXTIRPACION QUISTE CONDUCTO TIROGLOSO
ORL	95.893	GLOSECTOMIA PARCIAL O TOTAL
ORL	95.892	TIROIDECTOMIA TOTAL O PARCIAL
ORL	94.409	TIMPANOPLASTIA
ORL	94.501	PAROTIDECTOMIA
ORL	94.500	DRENAJES TRANSTIMPANICOS
ORL	94.405	COLESTEATOMA
ORL	94.406	OTOSCLEROSIS-ESTAPEDECTOMIA
ORL	94.407	LARINGUECTOMIA PARCIAL O TOTAL
ORL	94.408	ADENOIDECTOMIA
ORL	94.802	DESVIACION SEPTAL
ORL	94.801	SINUSITIS
ORL	94.403	AMIGDALECTOMIA
PED	95.901	TEST FARMACOLOGICO ESTIMULACION H.CRECIMIENTO
REUMAT	97.950	INFILTRACIONES LOCALES
RX	96.934	PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS NO VASCULARES
RX	96.932	EXPLORACIONES RADIOLOGICAS
RX	96.933	PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS VASCULARES
RX/GIN	D/00.64	EMBOLIZACIÓN ARTERIAS UTERINAS
TRA	94.306	EXTRACCION MATERIAL OSTEOSINTESIS
TRA	94.303	OSTEOTOMIA
TRA	D/00.2	ACROMIOPLASTIAS
TRA	94.202	TRATAMIENTO FRACTURAS (REDUCCION ORTOPEDICA)
TRA	99.1118	LUXACION RECIDIVANTE HOMBRO
TRA	94.304	CIRUGIA DE LA MANO
TRA	94.201	TRATAMIENTO FRACTURAS (FIJACION EXTERNA)
TRA	94.203	TRATAMIENTO FRACTURAS (TRACCION CONTINUA)
TRA	94.204	TARTAMIENTO FRACTURAS (OSTEOSINTESIS)

TRA	94.205	CIRUGIA COLUMNA
TRA	94.206	CIRUGIA HALLUX VALGUS
TRA	94.207	ARTRODESIS
TRA	94.208	PROTESIS SWANSON
TRA	94.209	PROTESIS RODILLA
TRA	94.302	INJERTOS HUESO
TRA	94.300	PROTESIS CADERA
TRA	94.301	ARTROSCOPIA
TRINF	94.606	INTERVENCIONES CADERA
TRINF	94.607	TENOTOMIAS
TRINF	94.605	INTERVENCIONES PIE
TRINF	94.608	ALARGAMIENTO EXTREMIDADES
UCI	99.1119	TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA
UFC	98.1065	TRATAMIENTO FRACTURAS FACIALES
UFC	99.1077	CIRUGIA GLANDULAS SALIVARES
UFC	99.1075	CIRUGIA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
UFC	99.1076	CIRUGIA ORTOGNATICA O DE LAS DEFORMIDADES DENTOFA
UFC	99.1079	CIRUGIA ORAL
UFC	99.1078	CIRUGIA ONCOLOGICA CAV. BUCAL,CARA Y CUELLO
URO	D/00.21	IMPLANTACION PROTESIS IMPOTENCIA
URO	D/00.19	REPARACION DE HIPOSPADIAS
URO	D/00.20	IMPLANTACION PROTESIS ESFINTER URETRAL
URO	D/00.12	CISTOSCOPIA URETROSCOPICA
URO	D/00.14	EPIDIDIMECTOMIA
URO	D/00.4	BIOPSIA PROSTATICA
URO	D/00.15	ESCLEROSIS QUISTE RENAL / LINFOCELE
URO	D/00.18	HIDROCELECTOMIA
URO	D/00.17	EXPLORACION URODINAMICA
URO	D/00.16	EXÉRESIS QUIRÚRGICA DE LA LITIASIS RENAL
URO	D/00.13	ENDOPIELOTOMIA
URO	D/00.29	NEFROSTOMIA PERCUTANEA
URO	94.846	LUMBOTOMIA
URO	D/00.35	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA
URO	D/00.34	REANASTOMOSIS DEFERENCIAL MICROQUIRURGICA
URO	D/00.33	PROSTATECTOMIA RADICAL
URO	D/00.32	PIELOPLASTIA
URO	D/00.37	URETEROLITECTOMIA
URO	D/00.30	ORQUIDOPEXIA
URO	D/00.38	URETERORRENOSCOPIA
URO	D/00.28	NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA
URO	D/00.27	NEFRECTOMIA

URO	D/00.25	LITOTRICIA EXTRACORPOREA ONDAS DE CHOQUE
URO	D/00.24	INYECCION INTRACAVERNOSA
URO	D/00.23	IMPLANTACIÓN PROTESIS URETRA PROSTATICA
URO	D/00.22	IMPLANTACION PROTESIS ESTENOSIS URETRA
URO	D/00.31	ORQUIECTOMIA
URO	94.845	CISTECTOMIA
URO	D/00.9	CISTECTOMIA RADICAL
URO	D/00.8	CIRUGIA LAPAROSCOPICA
URO	D/00.7	CIRUGIA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA
URO	D/00.6	CIRCUNCISION
URO	94.837	DERIVACION URINARIA
URO	D/00.36	RESECCION TRANSURETRAL VEJIGA
URO	94.843	CATETER URETERAL
URO	D/00.10	CISTOSTOMIA SUPRAPUBICA
URO	D/00.5	BIOPSIA TESTICULAR
URO	D/00.3	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA ABIERTA
URO	D/00.42	VASECTOMIA
URO	D/00.41	VARICOCELECTOMIA
URO	D/00.40	URETROTOMIA ENDOSCOPICA
URO	D/00.39	URETROPLASTIA
URO	94.842	TRATAMIENTO LITIASIS VESICAL CON LITOTRICIA ELECTR

Almacenaje y circulación de la Historia Clínica en el Hospital

ALMACENAJE Y CIRCULACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA EN EL HOSPITAL

El Archivo de Historias Clínicas tiene como objetivo fundamental ser «guarda y custodia» de la documentación contenida en la historia clínica de los pacientes, y de manera ágil y eficaz debe proporcionar estas historias al clínico cuando las necesite.

ASIGNACIÓN DE NUMEROS DE HISTORIA: Mediante tratamiento informático se asignará un único número de historia en Admisión a todos los pacientes que sean atendidos en las distintas Areas del Complejo Hospitalario:

-Urgencias.
-Consultas Externas.
-Hospitalización.
-Otras formas de atención ambulatoria.

CUSTODIA Y PRÉSTAMO: El Archivo será el responsable de la entrega de historias, tanto en consultas externas como en hospitalización y urgencias. Para poder cumplir con dicho objetivo todas las historias deben custodiarse en el Archivo Central y éste, por tratamiento informático, podrá conocer en todo momento los movimientos de las mismas. La historia debe acompañar siempre al paciente durante el episodio asistencial, por lo que cualquier cambio de ubicación física de la historia, o cambio de Servicio, deberá ser comunicado de inmediato al Archivo Central.

SOLICITUD: La Historia Clínica se puede solicitar para:

- Asistencia al paciente: ***URGENTE O PROGRAMADA.***
- Otros fines: ***Investigación, Docencia, Auditorías, Comisiones Técnicas***...

La historia clínica sólo saldrá del Archivo para asistencia al paciente en Urgencias, Consultas y Hospitalización, y en los casos en que se requiera emitir informes relacionados con un episodio asistencial o para Sesiones Clínicas y revisión por las distintas Comisiones Técnicas.

Para el resto de situaciones las historias se consultarán en la sala de estudios habilitada en las dependencias del Archivo y para su salida de éste se requerirá la autorización del facultativo responsable de la Unidad de Archivo y Documentación.

En ningún caso podrá salir la Historia Clínica de las dependencias del Complejo Hospitalario, excepto por disposiciones legales, que se regulan en otro apartado.

PRIORIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS:

Se dará prioridad, por el siguiente orden, a las solicitudes procedentes de:

.Urgencias
.Hospitalización
.Consultas
.Informes
.Estudios y otros.

TIPOS DE SOLICITUD Y PLAZOS:

A petición de los servicios clínicos y para la asistencia a los pacientes, se solicitarán las historias desde las distintas áreas en los siguientes plazos:

- **URGENCIAS:** desde Admisión , por el facultativo responsable de la atención. A demanda.

- **INGRESO PROGRAMADO:** desde Admisión, con 24 horas de antelación.

- **CONSULTAS EXTERNAS:** desde Admisión y/o Servicios Clínicos, con 48 horas de antelación.

Para el resto de necesidades, (estudios, auditorías...) deberá cumplimentarse la solicitud con una semana de antelación como mínimo.

FORMATOS DE SOLICITUD:

Todas las peticiones de historias clínicas al Archivo Central se harán en el documento específico (código 029685) (VER ANEXO) y deberán ir totalmente cumplimentadas y firmadas por un facultativo del servicio peticionario o con el sello del mismo.

Las peticiones para consultas informatizadas se realizarán mediante listado informático emitido desde Admisión, en el que quedará suficientemente especificado el servicio y/o el facultativo responsable de la solicitud.

TIEMPO DE PERMANENCIA EN LAS DISTINTAS AREAS:

Mientras dure el episodio de consulta u hospitalización la historia permanecerá en los distintos servicios y será responsabilidad de los mismos su guarda y custodia. Una vez concluida dicha asistencia, se procurará reintegrar al archivo en los siguientes plazos:

- Las historias procedentes de Urgencias en 24 horas.

- Las historias procedentes de altas de hospitalización en menos de 48 horas. En los reingresos programados de menos de 48 horas, deberá enviarse al Archivo al menos el informe de alta del ingreso anterior y la hoja estadístico-clínica, con el fin de su indización y codificación en los plazos establecidos aunque la devolución del resto de la historia se demore, a causa del reingreso, hasta su alta.

- Las historias utilizadas en el área de Consultas se devolverán al Archivo en el plazo máximo de 24 horas de realizada ésta.

- Para el resto de situaciones, el plazo de devolución ***nunca superará los 15 días.***

CONSERVACIÓN Y DESTRUCCIÓN:

Las historias clínicas del Complejo Hospitalario de Albacete se custodiarán en un único ARCHIVO CENTRAL, con dos secciones: ACTIVO Y PASIVO.

Se define el **ARCHIVO PASIVO** como aquél que contiene las historias clínicas que no han tenido movimiento con carácter asistencial en los últimos **cinco** años y las historias de los **éxitus**.

DESTRUCCIÓN PARCIAL:

Los documentos superfluos (márgenes de sujeción del papel de impresora, sobres, peticiones de analíticas sin resultados, solapas control de documentos autocopiables, cuando se hayan recibido los correspondientes informes o pruebas) y todos aquellos que no están aprobados por la Comisión de Historias Clínicas y Documentación serán eliminados por la secretaría del servicio, al ordenar la historia.

Se planteará la depuración sistemática de iconografía no relevante por parte de los propios facultativos, antes del envío de la Historia al Archivo.

NORMAS SOBRE CUSTODIAS ESPECIALES:

Algunas historias requieren una custodia especial:

a) Las historias solicitadas por Tribunales de Justicia, cuando se estime pertinente

b) Todas aquellas historias que, a juicio del facultativo, con autorización del Servicio y/o de la Dirección del centro, requieran este circuito.

Los documentos originales de estas historias sólo podrán ser revisados en las dependencias del archivo, bajo la supervisión del responsable del mismo, y sólo saldrán de estas dependencias por requerimiento de los Tribunales o a petición de la propia Dirección.

NORMATIVA SOBRE H. CLÍNICAS EXTRAVIADAS:

Se considerarán EXTRAVIADAS las historias clínicas que no aparezcan en el Archivo Central y haya constancia de que han tenido entrada y han sido archivadas según los registros propios del Archivo. Pasado un plazo de tres meses, si la historia no ha

aparecido, se comunicará a la Dirección y se dejará notificación en el Archivo.

Si no hay constancia de la llegada de la Historia al Archivo y, pasado el plazo establecido para la devolución, la historia no aparece, no se considerará extraviada sino RETENIDA en un Servicio o Consulta. Pasados 3 meses se considerará Historia EXTRAVIADA, y se seguirá el mismo procedimiento descrito en el párrafo anterior.

SALIDA DE LA DOCUMENTACIÓN CLINICA DEL HOSPITAL:

La historia clínica EN NINGÚN CASO saldrá de las dependencias del Complejo Hospitalario de Albacete, con la única excepción de la solicitud de los Tribunales de Justicia, en los casos tramitados por la vía de lo penal y siempre que haya exigencia de envío del documento original.

Ningún documento original de la Historia (salvo los informes) podrá ser entregado al usuario ni enviado a otros hospitales, incluso en el caso de traslados urgentes, existiendo un sistema de reproducción de documentos e iconografía.

Todos los datos contenidos en la historia clínica están sujetos a las normas de confidencialidad.

ACCESO A LA INFORMACIÓN POR PARTE DE TERCEROS:

De forma genérica, la información que se solicita sobre el proceso asistencial es de dos tipos:

1. Sobre la ubicación de un paciente en el hospital.

2. Sobre el proceso asistencial, bien durante el mismo, o después del alta.

1. INFORMACIÓN SOBRE LA UBICACIÓN DEL PACIENTE:

Este tipo de información es compartida entre los Servicios de Información, Admisión y Secretarías de Hospitalización.

Siempre y cuando se trate de datos meramente administrativos y salvo que exista constancia del deseo del paciente al anonimato no parece que exista inconveniente en facilitar estos datos a terceros particulares.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO ASISTENCIAL:

2a- Durante el proceso asistencial: Cualquier solicitud de información clínica, ya sea personal o telefónica, se canalizará al médico que atiende al paciente, que decidirá qué información debe dar y a quién debe facilitarse.

Para evitar desvíos no deseados de datos, todos los listados sobre pacientes ingresados eliminarán el diagnóstico.

En cualquier caso, se reseña el deber del secreto profesional del personal sanitario y no sanitario que atiende al paciente.

Los listados informáticos que contengan algún dato de identificación de un paciente ingresado o atendido en este centro serán destruidos, cuando ya no sean de utilidad, por el personal de cada servicio en las máquinas dispuestas para este fin en el Archivo Central.

2b-Después del alta.

POR MOTIVO ASISTENCIAL: La gestión de las solicitudes de información clínica se hará de forma escrita, a través del Registro General del Complejo Hospitalario, dirigida a la Dirección Gerencia/Médica del centro, que, previa consulta con los órganos de Asesoría Jurídica, determinará la pertinencia o no de facilitar la documentación solicitada, centralizando la gestión en la Unidad de Documentación Clínica.

Con carácter general, se suministrarán copias de los informes médicos que en su origen estuvieran destinados a la infor-

mación del paciente y sus familiares (informes de Urgencias, Hospitalización y Consulta), así como reproducciones de iconografía o informes de resultados de pruebas complementarias, debidamente cumplimentados. Se suministrarán exclusivamente aquellos documentos que hagan referencia al proceso del que se solicita la información.

Si se precisara otro tipo de documentación distinta de las establecidas, se requerirá la autorización expresa del Servicio que atendió al paciente y/o de la Dirección Médica.

SOLICITUD POR MOTIVO NO ASISTENCIAL:

- Si se trata de la Administración de Justicia se precisa que exista con carácter previo un requerimiento judicial, en documento escrito.

- En el caso de otros organismos, instituciones, personas o entidades de carácter privado se precisa previamente la autorización escrita del paciente.

- En caso de menores, incapacitados o fallecidos, se necesitará la autorización del familiar que habitualmente se establece por defecto en la línea legal de responsabilidad.

Como excepción, en el caso de las compañías de seguros, en relación con la tramitación de un expediente de facturación, se les podrá suministrar exclusivamente la relación de las lesiones que motivaron la asistencia de su asegurado y los recursos utilizados, salvo indicación expresa del paciente.

Con carácter general, se suministrarán copias de los documentos originales.

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA:

En todos los casos, la consulta se realizará exclusivamente en las dependencias del Archivo.

Para las reproducciones de documentación e iconografía por motivo de investigación se requerirá:

-Solicitar la correspondiente autorización por escrito.

-Garantizar en todos los casos el anonimato y la imposibilidad de establecer la identidad del paciente, salvo que éste lo autorice expresamente.

Para el PERSONAL SANITARIO AJENO AL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE y para el PERSONAL NO SANITARIO se precisará la autorización previa de la Dirección.

ACCESO DEL PACIENTE A SU HISTORIA CLINICA:

El Real Decreto 63/1995[8] establece los servicios en materia de información y documentación sanitaria. En este documento se contempla la comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en la misma, sin perjuicio de su conservación en el Centro Sanitario. Del mismo modo se regula la expedición de los demás informes o certificados de salud que deriven de las prestaciones sanitarias dispensadas o sean exigibles por disposición legal o reglamentaria.

Las solicitudes de información clínica por parte del paciente o sus familiares o representantes legales debidamente autorizados deberán cursarse por escrito en los documentos existentes a tal fin (códigos 131480 y 131481) (VER ANEXOS), a través del Servicio de Atención al Paciente, en su horario habitual. El peticionario deberá identificarse inexcusablemente mediante la exhibición de su D.N.I.

En caso de tratarse de un usuario que actúe por delegación, el Complejo Hospitalario de Albacete se reserva el derecho de comprobar la veracidad de la solicitud con los medios que estime oportunos.

La tramitación de las solicitudes se realizará por la Unidad de Documentación y Archivo, que podrá rechazar todas aquellas peticiones que no vayan debidamente cumplimentadas en todos sus términos.

En general, se facilitarán al paciente copias de informes clínicos que resumen el proceso por el que fue atendido, así como reproducciones de la iconografía y de las pruebas complementarias.
En el caso de que la Historia Clínica no disponga de tales informes, serán solicitados por la Unidad de Documentación y Archivo al Servicio correspondiente, que deberá emitirlos en un plazo máximo de 15 días.

Cualquier otro tipo de documentación solicitada, precisará la autorización y/o supervisión del facultativo que atendió al paciente.

Todas las solicitudes serán revisadas por el facultativo responsable de Archivo y Documentación Clínica.

En ningún caso, se entregarán documentos originales, que deberán permanecer en poder del Complejo Hospitalario de Albacete. De la misma manera, en ningún caso se entregará dato alguno sin el VºBº del responsable de Archivo y Documentación Clínica.

La información será entregada por el personal de Atención al Paciente al usuario o persona en quien delegue (delegación por escrito y firmada), que deberá firmar su conformidad al recibo de la misma.

Las solicitudes tramitadas deberán ser archivadas durante un máximo de tres años en la Unidad de Archivo y Documentación Clínica.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE

ARCHIVO CENTRAL DE HISTORIAS CLÍNICAS

INSALUD

HOJA DE PETICIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS AL ARCHIVO CENTRAL

FECHA PETICIÓN:.....FECHA CITA:.....
SERVICIO/SECCIÓN/AGENDA:.....
SALA:.....
MÉDICO: .....

◯ CONSULTA ◯ INFORME
◯ INGRESO ◯ ESTUDIOS
◯ URGENCIAS ◯ OTROS

	Nº H.C.	1ºAPELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	Nº S.S.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

- Este documento deberá ser debidamente cumplimentado en todos sus apartados, de forma CLARA Y LEGIBLE, pudiendo ser rechazada la petición en caso de omisión.
- Se utilizará exclusivamente para todas aquellas peticiones de historias clínicas cuya cita NO ESTÉ INFORMATIZADA.
- Las peticiones NO ATENDIDAS se enviarán (diariamente en el caso de Consultas) al servicio peticionario apareciendo en el listado informático el motivo y el servicio de ubicación, en el caso de que la historia esté prestada.

029685

	Nº H.C.	1ºAPELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE	Nº S.S.
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					

FIRMA (y sello en el caso de Consultas):

COMPLEJO
HOSPITALARIO
DE ALBACETE
Hnos. Falcó, 37
02006 - ALBACETE
Tlf. 967 597 100

INSALUD

ANEXO I

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

D./D.ª_____con D. N. I. nº_____

y nº de afiliación a la Seguridad Social _____solicita, de la Historia Clínica

nº_____, perteneciente a D./D.ª_____

_____, copia de la documentación que a continuación se

relaciona para (indicar motivo):_____

Relación de documentos:

1. _____

2. _____

3. _____

Firma del solicitante: Albacete, a_____de_____de 2_____

Firma de recepción:

Fdo.: _____
SERVICIO DE ATENCIÓN
AL PACIENTE

Fdo.:_____
FACULTATIVO RESPONSABLE DE ARCHIVO Y
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

DILIGENCIA DE RECEPCIÓN: Las copias a que se refiere la presente solicitud, han sido recibidas por el firmante.

Firma: Albacete, a_____de_____de 2_____

Cód. 131480

COMPLEJO
HOSPITALARIO
DE ALBACETE
Hnos. Falcó, 37
02006 - ALBACETE
Tlf. 967 597 100

INSALUD

ANEXO II

DELEGACIÓN EN FAMILIARES PARA SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

D./D.ª_____con domicilio en_____

_____calle_____

nº_____, teléfono _____y D. N. I. nº_____.

Con el presente escrito autorizo a D./Dª_____

con D. N. I. nº_____, para que en mi nombre obtenga la documentación clínica solicitada en el documento ANEXO I.

El portador de la presente adjuntará copia del D. N. I. del abajo firmante y se identificará mediante la exhibición del suyo propio.

En Albacete, a_____de_____de 2____

Firmas:

Autorizante | Autorizado

Fdo.: _____ | Fdo.: _____

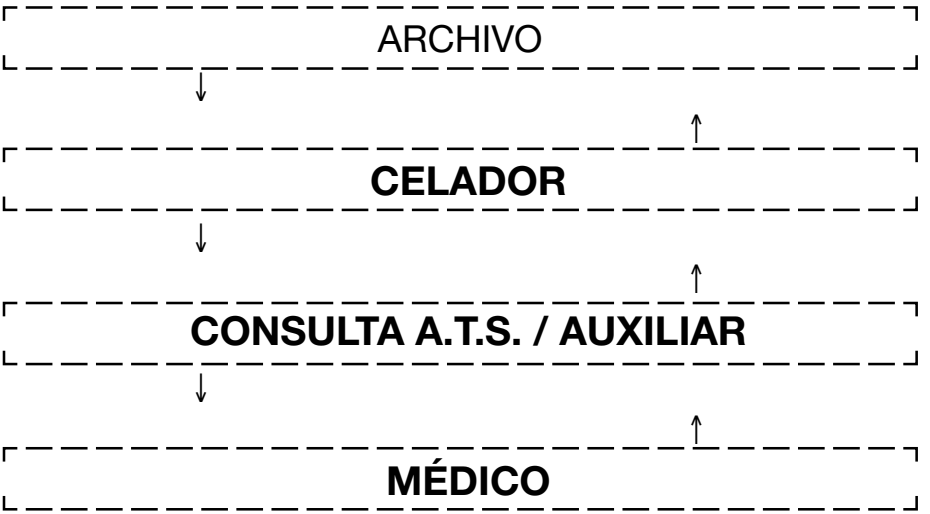
Cód. 131481

Circuito de Responsabilidad de Custodia de Historias Clínicas en Consultas Externas

CIRCUITO DE RESPONSABILIDAD DE CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS EN CONSULTAS EXTERNAS.

El primer paso se realiza en archivos, en el que a través del registro informático de citaciones en Consultas Externas o del registro manual, se van sacando las historias, que se entregan al celador junto con el listado de historias.

Adjuntamos el circuito que siguen las historias. Sería de desear que en cada paso constara el responsable de las historias.



El personal implicado en la entrega y recepción de las historias clínicas deberá responsabilizarse del correcto manejo de las mismas, así como de salvaguardar en todo momento la confidencialidad de la información en ellas contenida.

Manejo Informático de la Historia Clínica

MANEJO INFORMÁTICO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Existe en la actualidad una gran cantidad de información clínica y administrativa almacenada en formato informático en este Complejo Hospitalario. Esta información está disponible desde cualquier terminal de la red, pero el acceso queda limitado al personal autorizado para cada nivel. Esta restricción se lleva a cabo mediante clave personal o «login» y palabra secreta o «password». Su introducción en el sistema posibilita al usuario el acceso sólo al nivel/es para los que está autorizado.

A continuación se muestran los datos y niveles de accesibilidad disponibles en la actualidad. Cuando nos referimos al término «información accesible» significa que el usuario puede consultar, insertar, modificar o borrar dicha información.

	DATOS ADMINISTRATIVOS	DATOS POR EPISODIO			
		Lista de Espera	Hospitalización	Programación de Intervenciones	Quirófanos
ACCESIBLE POR	Administrativos de Admisión, Consultas Externas, Urgencias y Archivos.	Servicio de Lista de espera.	Servicio de Admisión	Administrativos de Planta de Cirugía	Secretaría del Bloque Quirúrgico
DATOS	- Número de historia - Nombre y apellidos - Nº Seguridad social - Fecha de naci. - Lugar de residencia - Teléfono - Persona de contacto - Teléfono de contacto	- Fecha de entrada en L.E. - Tipo de lista de espera - Servicio y médico responsable - Diagnóstico y procedimiento (codificado) - Procedencia sanitaria - Médico solicitante - Financiación	- Fecha y hora de ingreso - Nº de cama - Motivo de ingreso - Financiación - Médico de cabecera - Centro de salud - Diagnóstico y procedimiento de ingreso (no codificado) - Diagnósticos y procedimientos de alta (principal y secundarios)[a]	- Nº de quirófano - Servicio - Cirujanos - Orden de intervención - Diagnóstico y técnica (no codificados) - Anestesista - Tipo de anestesia - Fecha de intervención	- Servicio - Nº de quirófano - Fecha de intervención - Tipo de intervención - Diagnósticos y técnicas (codificados) - Horas de entrada y salidas - Cirujanos, instrumentista y circulante - Tipo de anestesia - Destino del paciente - Asa

	DATOS POR EPISODIO				
	Informe de Alta	Consultas Externas	Urgencias	Cirugía Ambulatoria	Traslados
ACCESIBLE POR	Facultativos y personal administrativo	Personal de CC.EE.	Administrativos del S. Admisión	Personal del S. Admisión	Personal del S. de Traslados.
DATOS	- Tipo de informe - Servicio y médico responsable del informe - Fecha de informe - Contenido íntegro del informe (ver nota al final de la tabla)	- Centro de Salud/Servicio de procedencia - Médico peticionario - Financiación - Tipo de paciente - Servicio, médico y agenda para la que se pide la cita - Prestación - Fecha de cita	- Fecha y hora de entrada en Urgencias - Financiación - Servicio y médico que atiende - Motivo de la atención - Procedencia sanitaria - Persona peticionaria - Fecha y hora de salida de Urgencias	- Fecha y hora de ingreso - Fecha y hora de alta - Financiación - Servicio y médico responsable - Centro de salud y médico de cabecera - Motivo de alta - Diagnóstico y procedimiento (codificado) - Diagnóstico de urgencias (no codificado)	- Clase de traslado - Forma de tramitación - Centro, Servicio de procedencia y médico solicitante - Centro y Servicio destino - Finalidad - Diagnóstico y terapia (codificados) - Fecha de propuesta, fecha de tramitación y fecha de cita

NOTA: Los Informes de Alta pueden estar abiertos o cerrados. Si están abiertos es posible modificarlos e imprimirlos por cualquiera que tenga acceso a la aplicación de informe de alta. Si están cerrados (firma electrónica) sólo es posible consultarlos en pantalla, nunca imprimirlos, ni modificarlos. Sólo es posible modificarlos si se abren por la persona responsable del informe (persona que lo ha cerrado).

Los informes deben ser cerrados siempre al acabar su redacción.

Todos los anteriores módulos son consultables pero no modificables por las Direcciones, Gerencia y Unidad de Control de Gestión. En un futuro los datos administrativos serán accesibles por los servicios implicados.

Calidad

CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

La calidad de la Historia Clínica será valorada por la Comisión de Historias Clínicas, la cual revisará periódicamente un determinado número de historias seleccionándolas al azar. Los objetivos para la mejora de calidad se dirigirán a conseguir la correcta cumplimentación de los epígrafes contenidos en el **baremo de valoración**, con cuyo resultado se construirán los indicadores de resultados.

Desde un punto de vista práctico en las reuniones periódicas de la Comisión de Historias Clínicas se valoran los siguientes datos:

1.- *Estadística Clínica.*

Presencia o ausencia en todas las hojas de la Historia Clínica, del nombre y apellidos del paciente y del número de cama.

2.- *Anamnesis y exploración.*

Presencia o ausencia de la anamnesis, de la exploración física del paciente y del juicio clínico.

3.- *Diario médico.*

Presencia o ausencia del curso clínico diario (sin considerar fines de semana, ni festivos) y de la firma del facultativo responsable.

4.- *Ordenes de tratamiento.*

Presencia o ausencia de órdenes de tratamiento diarias y firmadas.

5.- *Informe de alta.*

- Presencia o ausencia del mismo.
- Presencia o ausencia del diagnóstico.
- Presencia o ausencia de un resumen del episodio que causó el ingreso.
- Presencia o ausencia de identificación del médico que da el alta.

6.- *Hoja de intervenciones*.

Presencia o ausencia de la misma y si está fechada.

7.- *Hoja de anestesia.*

Presencia o ausencia y si está fechada. También en las intervenciones bajo anestesia local.

8.- *Historia de enfermería.*

- Presencia o ausencia de la historia de enfermería.

- Presencia o ausencia de los comentarios por cada turno y si están o no firmados.

9.- *Historia correctamente ordenada.*

Cada uno de estos apartados tiene una valoración diferente en la baremación global, distribuyéndose de la siguiente forma:

1.- Estadística Clínica	5%
2.- Ananmesis y exploración física	25%
3.- Comentarios y evolución	12%
4.- Ordenes médicas	10%
5.- Hoja de intervención	10%
6.- Hoja anestesia	10%
7.- Historia de enfermería, diarios y firmas	8%
8.- Informe de alta	20%

CONSTRUCCIÓN DE LOS ÍNDICES DE CALIDAD Y DEL PORCENTAJE DE ACEPTACIÓN.-

Fuente de datos: Baremo de historia clínica.

Datos recogidos:

- Total de observaciones positivas en cada grupo (Op)
- Total de observaciones en cada grupo (Ot).
- Puntuación máxima (baremo) en cada grupo (Pm).

Cálculos a realizar:

Porcentaje de cumplimentación por grupo.

$$\% A = \frac{Op}{Ot} \times 100$$

Índice de Calidad por grupo.

$$Ic = \frac{Op}{Ot} \times Pm$$

Índice de Calidad total.

- Suma de los I.C. por grupos.

El informe de valoración global se distribuye a los distintos servicios y se discute en la reunión mensual de la Comisión.

Los documentos de nuevo diseño que se incorporen a la Historia Clínica serán remitidos a la Comisión de Historias Clínicas para su discusión, antes de ser puestos en uso.

CALIDAD DEL INFORME DE ALTA

La Comisión de Historias Clínicas evalúa, además, de forma periódica la calidad del Informe de Alta. Para ello se ha diseñado una hoja de recogida de datos donde se reflejan la existencia o no de los siguientes items:

1.- CUMPLIR LOS CRITERIOS GENERALES

2.- IDENTIFICACIÓN.

2.1 Del Hospital: Con Dirección y Teléfono.

2.2 Del Servicio / Sección

2.3 Del Facultativo: Nombre y Apellidos (*Legibles*).
Rúbrica.

2.4 Del Paciente: Nombre y dos Apellidos.
Número de Historia Clínica.
Fecha de Nacimiento. Sexo.
Domicilio habitual. Teléfono.

3.- SOBRE EL PROCESO.

3.1 Fecha de Ingreso: Día, mes y año.

3.2 Fecha del Alta: Día, mes y año.

3.3 Entregado: Personalmente.... Correo...

3.4 Motivo del alta. (Alta provisional. Curación o mejoría. Traslado. A. Voluntaria. Exitus...).

3.5 Motivo del Ingreso.

3.6 Antecedentes Personales.

3.7 Resumen de situación clínica a su ingreso y exploración clínica más significativa.

3.8 Resumen de la evolución del paciente durante su estancia referido fundamentalmente al Motivo de Ingreso, complicaciones y de su patología asociada (Antecedentes Personales) si fueran de interés.

3.9 Relación de Técnicas y Procedimientos Diagnósticos practicados durante su estancia (sólo aquellos procedimientos que requieran personal y/o equipamiento muy especializado y sobre todo si conllevan algún riesgo), fecha y resultado. Por ejemplo:

- Técnicas ecográficas.
- Técnicas endoscópicas.
- Técnicas Radiológicas contrastadas, TAC, RNM, Angiografías, Otras técnicas invasivas...

- Anatomía Patológica.
- Isótopos.
- Técnicas de Laboratorio especiales y técnicas derivadas a Centros Concertados.
- Otros.

3.10 Relación de procedimientos terapéuticos practicados:CIE-9-MC
- Intervenciones Quirúrgicas.
- Radiología Intervencionista.
- Medicaciones Especiales.
- Ingreso en Unidades Especiales: Reanimación, UCI
· Diálisis. · Ventilación Mecánica. · Nutrición Parenteral, Enteral.
- Medicaciones Especiales.

3.11 Juicio Diagnóstico Final:
- Diagnóstico Principal (el del proceso que motivó el ingreso actual.): CIE-9-MC.
- Diagnósticos secundarios: CIE-9-MC.

3.12 Recomendaciones Terapéuticas.

3.13 Si Exitus: Informe de la Necropsia, si la hubo.

3.14 Si Alta Voluntaria: Documento correspondiente firmado por el paciente ó familiar responsable (D.N.I.).

3.15 Nombre (legible) y firma del Médico responsable.

CALIDAD DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Periódicamente se realiza la evaluación sobre la existencia o no del documento de consentimiento informado. El documento debe estar elaborado según las normas establecidas por la comisión y aprobado antes de su implantación. Los items que se valoran como indicadores de calidad son los siguientes:

- Su existencia en la H.Clínica.
- Estar cumplimentado a máquina o letra de imprenta
- Identificación del Hospital: Nombre y Logotipo.
- Identificación del Servicio/Sección.
- Identificación del Paciente: Nombre y dos apellidos
  Número de Historia Clínica
- Firma del paciente o persona autorizada
- Firma del médico
- Identificación del médico que informa
- Fecha

NOTA FINAL

Este Manual representa el esfuerzo de los miembros de la Comisión de Historias Clínicas del Complejo Hospitalario de Albacete, que han intentado sentar las bases para que la Historia Clínica contenga los datos fundamentales generados en la asistencia diaria al paciente y para que estén contenidos de una forma clara y ordenada y puedan ser recuperados eficientemente cuando se precise.

Debido a que los documentos que componen la Historia Clínica cambian con el tiempo, este manual no es más que un punto de partida teniendo *in mente* que en un futuro próximo seran necesarias revisiones y actualizaciones del mismo. Agradeceremos a todos los que lo utilicen las sugerencias que nos hagan llegar.

Ignacio Onsurbe Ramírez
Presidente de la Comisión de Historias Clínicas