



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Estación Clínica
Manual de Usuario
Fecha de finalización: 20/11/2012



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Estación Clínica Manual de Usuario

Versión: v03.r15

Fecha: 10/04/2013

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



HOJA DE CONTROL

Título	ecDIRAYA(EC) – Manual de Usuario		
Entregable	Manual de Usuario		
Nombre del Fichero	Documentación Clínica Específica.docx		
Autor	everis		
Versión/Edición	v03.r15	Fecha Versión	10/04/2013
Aprobado por		Fecha Aprobación	
		Nº Total Páginas	271

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
v01r00	Versión Inicial	everis	25 Octubre 2006
v01r01	Añadida nueva funcionalidad: Sala Digital de EC	everis	07 Marzo 2007
v01r02	Modificaciones Principio 2008	everis	26 Octubre 2008
v01r03	Modificaciones 2008	everis	26 Octubre 2009
V01r04	Modificaciones 2008 (Banco de sangre, radioterapia, intervención social y farmacocinética)	everis	29 Octubre 2009
V03.r00	Revisión	everis	29 septiembre 2010
V03.r01	Revisión	everis	30 Marzo 2011
V03.r02	Revisión	everis	15 Abril 2011
V03.r03	Actualización del Manual	everis	9 Junio 2011
V03.r04	Actualización del Manual	everis	26 Septiembre 2011
V03.r05	Actualización del Manual	everis	3 Marzo 2012
V03.r06	Actualización del Manual	everis	12 Abril 2012



Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
V03.r07	Actualización del Manual	everis	24 Abril 2012
V03.r08	Actualización del Manual	everis	31 Agosto 2012
V03.r09	Actualización del Manual	everis	20 Noviembre 2012
V03.r14	Actualización del Manual	everis	21 Marzo 2013
V03.r15	Actualización del Manual	everis	10 Abril 2013

ÍNDICE

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PARA UNIDADES FUNCIONALES DETERMINADAS..... 6

1	UNIDAD DE CARDIOLOGÍA	6
1.1	Hoja de la Unidad de Dolor Torácico	6
1.2	Informe de Alta de Hospitalización de UDT	9
1.3	Estudio de Hemodinámica del Hospital Infantil.....	12
2	UNIDAD DE FARMACIA	14
2.1	Informe de Monitorización Farmacocinética.....	14
3	UNIDAD DE NEONATOLOGÍA	18
3.1	Hoja de Neonatología	18
4	UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	34
4.1	Hoja de Fibrobroncoscopia.....	34
4.2	Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.....	52
4.3	Informe de Biopsia Pleural	66
4.4	Informe de Punción Pulmonar Aspirativa	70
4.5	Informe de Toracoscopia	73
4.6	Informe de Punción Pleural	76
4.7	Hoja de SaHS (Síndrome de apnea del sueño).....	80
4.8	Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio.....	85
4.9	Hoja de Sospecha de enfermedad profesional	93
5	UNIDAD CLÍNICA DE REHABILITACIÓN.....	96
5.1	Hoja de Anamnesis de Lesión Medular.....	96
5.2	Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido	102
5.3	Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda	107
6	UNIDAD DE DIGESTIVO	111
6.1	Hoja de Endoscopia	111
7	UNIDAD CLÍNICA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS	120
7.1	Hoja de Ingreso en UCI	121
7.2	Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT.....	124
7.3	Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT	131
7.4	Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT	135
7.5	Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT	141
7.6	Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT	145
7.7	Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT.....	149
7.8	Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT.....	152
7.9	Ficha de Pacientes Ingresados. UCI-HRT	158
8	UNIDAD DE NEUROLOGÍA.....	160
8.1	Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus	160
8.2	Informe de Alta de la Unidad de Ictus	164
8.3	Informe de Traslado de la Unidad de Ictus.....	168
9	UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA	172
9.1	Informe de Alta de la Unidad de Columna	172
9.2	Hoja de Traumatología	176
10	UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA.....	182
10.1	Informe Eco Endoanal / Endorrectal	182



10.2	Informe de Alta de Ostomías	185
10.3	Informe de revisión en consultas de Ostomías	187
11	UNIDAD DE INMUNOLOGÍA.....	189
11.1	Estudio de Clonalidad de Linfocitos.....	189
11.2	Estudio de Mutaciones.....	191
11.3	Estudio Molecular de Traslocaciones	193
11.4	Estudio de Quimerismo	196
11.5	Estudio de Inmunodeficiencias	198
12	UNIDAD DE HEMATOLOGÍA.....	200
12.1	Estudio de Anemias	200
12.2	Estudio de Líquidos y Tejidos	205
12.3	Estudio de Médula Ósea	208
12.4	Estudio de Citometría	213
12.5	Estudio de FISH.....	217
12.6	Estudio de Anticoagulación	220
13	UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL	227
13.1	Hoja de Intervención Social.....	227
14	CLÍNICA DEL DOLOR	231
14.1	Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor	231
15	UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICO INTEGRAL.....	242
15.1	Hoja de Hipertensión y Embarazo	242
15.2	Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional	245
16	OBSTETRICIA	248
16.1	Hoja de Obstetricia	248
INFORMES DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....		267
1	ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.....	267
2	ESTUDIOS DE LABORATORIO	269
3	ESTUDIOS DE MICROBIOLOGÍA	269
4	ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	269
5	ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR	269
6	ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGÍA	271

Documentación Clínica Específica Para Unidades Funcionales Determinadas

A continuación se mostrará toda la documentación específica clasificada según la unidad funcional a la que corresponde dicho documento.

1 Unidad de Cardiología

1.1 Hoja de la Unidad de Dolor Torácico

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

1.1.1 Crear una nueva Hoja de la Unidad de Dolor Torácico

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



Fig 1.- Creación de una Hoja de Anamnesis



Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Hoja de Unidad de Dolor Torácico. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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

Asociar
Tiempo de inactividad: 00:29:35

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Unidad de Dolor Torácico (U.Dolor Torácico (HG))

Hoja de la Unidad de Dolor Torácico (PROVISIONAL) Mis Plantillas

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Consultas	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Hombre	Localidad: SEVILLA CP: -
F. Nacimiento: 07/01/1969	Edad: 39	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 22/10/2008

Nº Ergo:

Tlfo: 678053191/954210177

Motivo de Consulta

Dolor en epigastrio tipo punzante- quemante de 20 minutos de duración acompañado de intenso cortejo vegetativo no relacionado con los esfuerzos que no se aliviaba con cambios posturales que se irradiaba a columna.

Antecedentes Personales

Factores de Riesgo Cardiovascular

Fumador activa de 30 cig/día. No HTA, ni DM, ni DLP.
Padre angor con 50 años

Otros antecedentes personales

Linfoma Hodking en 97 curado
Lupus localizado en cara.

Tratamiento actual

Exploración Física

TA 160/100 mmHg. Cardiorrespiratorio normal. Resto normal.

Fig 2.- Formulario de Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. Parte 1

Pruebas Complementarias

Bioquímica básica y Hemograma
Leucocitosis (15550, con neutrofilia)

ECG seriados
RS a 100 lpm con BRIHH.

Rx de Tórax
normal

Marcadores de daño miocárdico
CPK y TnT. normal

Ecocardiograma
Raíz aórtica, válvula aórtica y aorta postvascular normales. Aurícula izquierda normal. Válvula mitral normal. Ventriculo izquierdo de tamaño y grosor normales. Función sistólica global y segmentaria normales con disinerxia propia de BRIHH. Llenado ventricular: patrón tipo alteración en la relajación. Cavidades derechas normales.

Ergometría
no realizada por BRIHH

Ecocardiograma post-esfuerzo inmediato

Juicio Clínico
Dolor torácico de dudoso perfil isquémico con BRIHH que no hace posible realización de ergometría.

Tratamiento
Aconsejamos medidas de prevención primaria cardiovascular: Dieta pobre en grasas saturadas y sal. Debe realizar ejercicio moderado aeróbico habitual (caminar al menos 1 hora diaria). Control de TA (cifras deseables siempre inferiores a 135/85), y de lípidos (cifras óptimas en prevención primaria: colesterol total < 240, LDL < 120, HDL > 40; en prevención secundaria: colesterol total < 200; LDL < 80; HDL > 45).

Fig 3.- Formulario de Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. Parte 2

Este es el formulario estándar de Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”.



Fig 4.- Botones utilizados para guardar la Hoja de la Unidad de Dolor Torácico

1.2 Informe de Alta de Hospitalización de UDT

EM permite la creación de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Cardiología.

1.2.1 Crear un nuevo Informe de Alta de Hospitalización de UDT

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



Fig 5.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



ASOCIAR de inactividad: 00:29:41



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Unidad de Dolor Torácico (U.Dolor Torácico (HG))

Informe de Alta de Hospitalización de UDT (PROVISIONAL)

Mis Plantillas

Identificación del Paciente

NHC:	1798448	Nº Episodio:	0514439	Paciente:	JOSE ROPERO NAVARRO
NUHSA:	609145045	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CALLE JUAN DIAZ DE SOLIS Nº14 PISO 2 PTA.A
NUS:	41/0035309628	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA CP: 41010
F. Nacimiento:	19/04/1940	Edad:	68	Provincia:	SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 18/11/2008

Fecha Ingreso: 03/11/2008

Fecha Alta: 12/11/2008

Nº Ergo:

Tlfn: 954330752

Motivo de Ingreso

Acude por dolor opresivo centrotorácico que se inició en reposo, el día 2/11/2008 a la 1:30 de la madrugada, sin irradiación, sin cortejo vegetativo, que aumenta ligeramente con la inspiración, que disminuye pronto de intensidad, pero persiste en torno a 24 horas. No respondió a CFN (que le provocó cuadro sincopal, por ser la primera y tomarla en bipedestación).

Refiere que hace unos 6-8 meses presentó un dolor similar al actual, por el que no consultó

Antecedentes Personales

Factores de Riesgo Cardiovascular

Dislipemia. Fumador ligero (3-4 cigarrillos/día).

Otros antecedentes personales

Hiperuricemia

Tratamiento actual

Zyloric y Simvastatina

Exploración Física

BEG. Eupneico. Bien perfundido. TA 120/60 mmHg. Cardiorrespiratorio normal. Resto normal.

Fig 6.- Formulario de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Parte 1

Pruebas Complementarias

Bioquímica básica y Hemograma

Acido úrico 9'10 Hemograma, bioquímica básica, perfiles renal, hepático y cardiaco normales. colesterol total 158; LDL 81; HDL 20. LDL/HDL 4'1. Filtrado glomerular normal. Hormonas tiroideas normales.

Rx de Tórax

normal

ECG seriados

Ritmo sinusal a 60/m. Q en cara inferior (en DIII y aVF patrón QS con T ligeramente negativas). T +- en V4, y negativa en V5-V6. Ligeros cambios evolutivos del ST-T en cara lateral.

Marcadores de daño miocárdico seriados

CPK y TnT seriadas negativas.

Ecocardiograma

Raíz aórtica, y aorta postvascular normales. Aurícula izquierda normal. Insuficiencia aórtica ligera. Válvula mitral con regurgitación ligera. Ventriculo izquierdo ligeramente dilatado. Hipertrofia ligera de septum (12'5 mm). Función sistólica global en límite bajo de lo normal a ligeramente deprimida (FE estimada cualitativamente en torno al 48%-50%), con ligera/dudosa hipoquinesia inferoseptal medio-apical. Llenado ventricular: patrón A mayor que E, inespecífico. Cavidades derechas normales.

Ergometría

No se realiza por los hallazgos de necrosis en el ECG e imágenes agudas sugestivas de isquemia anterolateral, que además de suponer un riesgo, muy probablemente podrían dar resultados de la prueba falsos positivos.

Ecocardiograma post-esfuerzo inmediato

Gammagrafía de perfusión miocárdica

indicativo de isquemia residual inducible con estrés.

ACTITUD: Basándonos en la clínica actual y el episodio de hace meses; el ECG con imágenes muy sugestivas de necrosis inferior evolucionada (sin diagnóstico previo por no haber consultado); el Spect que detecta zona de necrosis inferior, acompañadas de imágenes de isquemia leve reversible inferoseptal, y las imágenes ecocardiográficas sugestivas de miocardiopatía de posible origen coronario, decidimos solicitar directamente, sin prueba de esfuerzo previa, estudio hemodinámico con la sospecha de enfermedad coronaria significativa.

Eco-estrés con Dobutamina

Cateterismo

ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRAFICAMENTE NORMALES

Fig 7.- Formulario de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Parte 2

Diagnóstico

JUICIO CLINICO PROVISIONAL: Dolores torácicos de origen dudosamente isquémico, con pruebas complementarias (ECG, Ecocardiograma y Spect miocárdico de perfusión con datos de enfermedad isquémica, y ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRAFICAMENTE NORMALES

COMENTARIOS: Encontramos una clara discordancia entre pruebas que orientan a origen isquémico de su cuadro (clínica, ECG, Ecocardiograma y Spect miocárdico) y el hallazgo en cateterismo de coronarias normales.

Tratamiento

El ya indicado en el informe provisional de alta

Fig 8.- Formulario de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Parte 3

Este es el formulario estándar de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 9.- Botones utilizados para guardar el Informe de Alta de Hospitalización de UDT

1.3 Estudio de Hemodinámica del Hospital Infantil

EM permite la creación de estudios de hemodinámica infantil. Este proceso solamente puede ser creado a nivel de episodio.

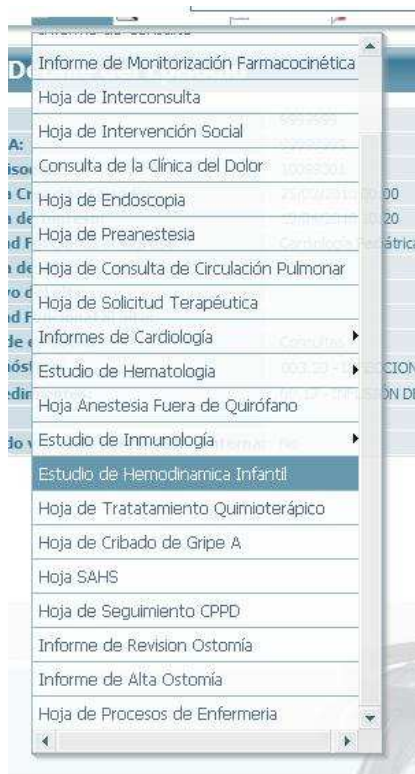


Fig 10.- Crear un estudio de hemodinámica infantil

Mediciones Realizadas

Sitio	Presiones en MmHg		Oximetría		Exámenes especiales y comentarios
	Sist. / Diast.	Media	Sat O2	%	

Nueva Medición

Cálculos Realizados

Fecha	Resultado	Comentarios
-------	-----------	-------------

Nuevo Cálculo

Fig 11.- Botón de nueva medición y botón de nuevo cálculo

Si elegimos nueva medición nos aparece la siguiente imagen, donde elegiremos los sitios donde se han tomado las mediciones junto a los datos de la presión y oximetría de cada sitio, una vez que se guarda la medición aparecerá agregada en la hoja principal:

Indique la Medición Realizada

Seleccione los sitios donde se han tomado las mediciones

Sitio	Presiones en MmHg		Oximetría	
	Sist. / Diast.	Media	Sat O2	%
Exámenes especiales y comentarios:				
<input type="text"/>				

Botones: Guardar Medición, Cancelar

Fig 12.- Pantalla para guardar una medición

Una vez relleno el estudio se podrá guardar provisional para una posterior revisión ó como definitivo.

2 Unidad de Farmacia

2.1 Informe de Monitorización Farmacocinética

EM permite la creación de Informe de Monitorización Farmacocinética de Urgencias. Este informe puede ser creado en cualquier tipo de episodio sin tener en cuenta el estado del mismo, por tanto pueden crearse varios informes para un mismo episodio siempre y cuando el paciente no haya sido dado de alta.

2.1.1 Crear un nuevo Informe de Monitorización Farmacocinética

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Informe de Monitorización Farmacocinética, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el informe:



Fig 13.- Árbol de Episodios

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



Fig 14.- Creación de Informe de Monitorización Farmacocinética

Al seleccionar Informe de Monitorización Farmacocinética nos creará un nuevo informe con todos los campos vacíos. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Tempo de inactividad: 00:28:49

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Cirugía Pediátrica General (Cir.Pediátrica (HI))

Informe de Monitorización Farmacocinética (PROVISIONAL) Mis Plantillas Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC: 9999999	Nº Episodio: 1111111	Paciente: LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: 99999999	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio: GERANIO 16 0
NUSS: 41/003620999999	Sexo: Mujer	Localidad: OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento: 07/05/2008	Edad: 1	Provincia: SEVILLA

Datos del Informe

Fecha Primer Informe: 22/03/2007	
Fecha Informe: 29/10/2009	Nº Informe: 15
Procedencia: Farmacia	Destino: <input type="text"/>

Informe:

Motivo del informe

Fig 15.- Formulario de Informe de Monitorización Farmacocinética. Parte 1

Datos de la extracción

Parámetros y concentraciones estimadas

Recomendaciones

Firmas adicionales

Guardar Plantilla Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 16.- Formulario de Informe de Monitorización Farmacocinética. Parte 2

Este es el formulario estándar del Informe de Monitorización Farmacocinética. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en la informe, debemos guardarla, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”. En caso de que el episodio del paciente pertenezca al Hospital Infantil sólo aparecerá el botón de “Versión Provisional”.



Fig 17.- Botones utilizados para guardar la Informe de Monitorización Farmacocinética.

2.1.2 Consulta de Informe de Monitorización Farmacocinética

Una Informe de Monitorización Farmacocinética realizada puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente.



Fig 18.- Estructura de un episodio con una Informe de Monitorización Farmacocinética

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por Unidad Funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

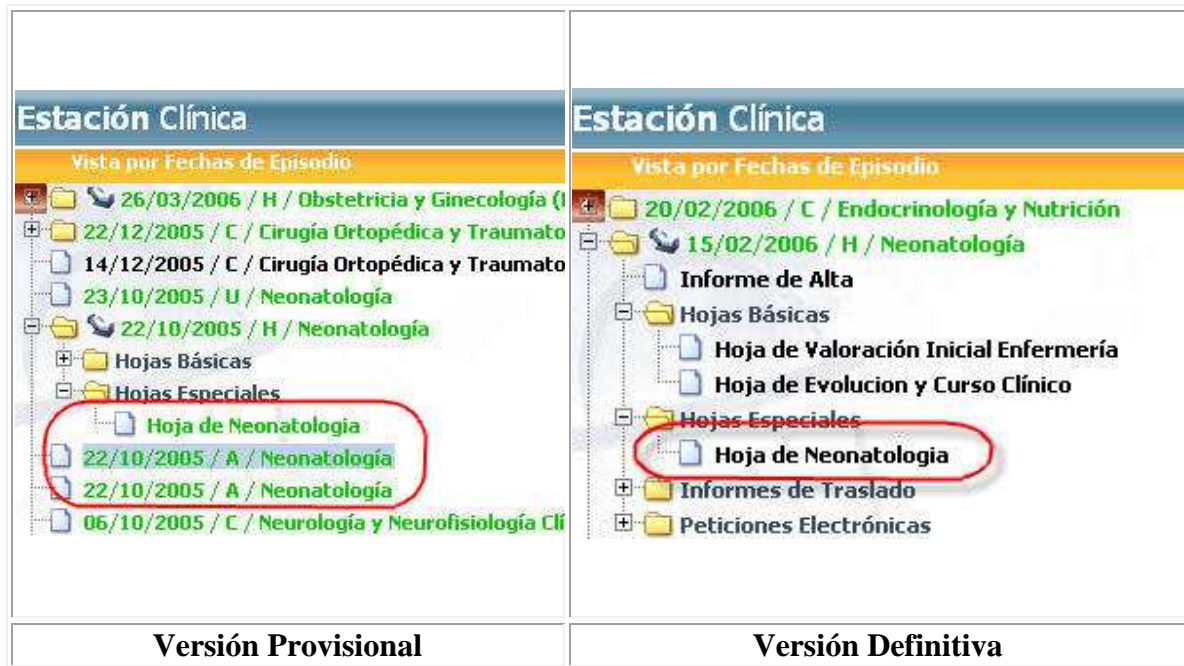
Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre la Informe de Monitorización Farmacocinética, la visualización de ésta será diferente, es decir, verde si está guardada como provisional y negro si está guardada como definitivo.

3 Unidad de Neonatología

3.1 Hoja de Neonatología

La Neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido. La Hoja de Neonatología describe pues el tratamiento del recién nacido patológico.

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



3.1.1 Creación de la Hoja de Neonatología

La Hoja de Neonatología se crea en los episodios de hospitalización de Neonatología con la particularidad de que sólo se podrá crear una sola hoja por episodio.

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

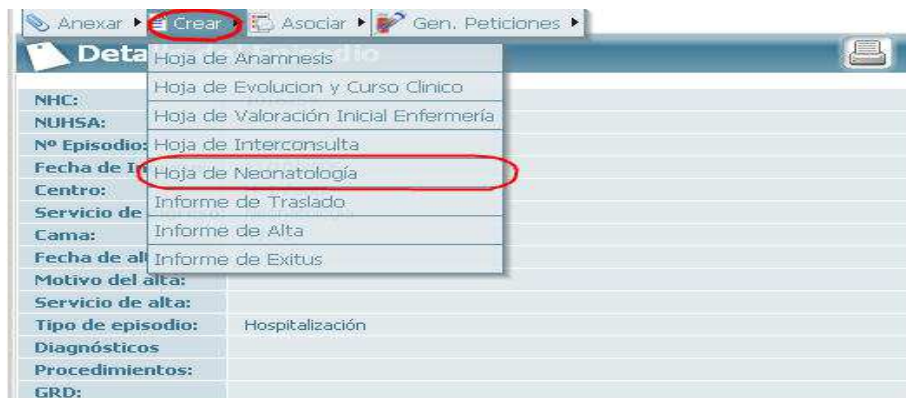


Fig 19.- Creación de una hoja de Neonatología

Al crear una hoja aparecerá en la parte derecha de la pantalla la nueva Hoja de Neonatología que el usuario puede rellenar.

Ésta se divide en seis secciones para facilitar la labor del usuario. A cada sección se accede pulsando la pestaña de arriba correspondiente. Las pestañas son: **Datos del Paciente, Antecedentes Maternos, Parto-Ingresos, Patologías-Proceso de Evolución, Situación 28 D / 36 S y Traslado-Exitus-Alta.**



Fig 20.- Cabecera y pestañas de una hoja de neonatología provisional

Cuando una pestaña es seleccionada cambiará a un color azul con letras blancas. Es importante que el usuario cada vez que cambie de pestaña no olvide guardar el contenido antes de cambiar ya que si no puede perder la información.

A continuación iremos explicando detalladamente cada sección (pestañas superiores) de la Hoja de Neonatología, volviendo a recalcar que el usuario deberá ir guardando las pestañas realizadas.

3.1.2 Datos del Paciente

En la pestaña de la Hoja "**Datos del Paciente**" se introducirán los datos del paciente. Al pulsarla se mostrará una ventana con distintos apartados: Información del Paciente, Datos de la Hoja, Datos del Paciente.

Destacar que los Datos del Paciente diferencian los datos a rellenar en el nacimiento y en el ingreso del paciente.

Timeo de inactividad: 00:19:20 E SALUD Servicio de Neonatología

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitos - Alta

Identificación del Paciente

NHC: 1000440 **Nº Episodio:** 0354309 **Paciente:** CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: 123456789 **Tipo ingreso:** **Domicilio:** CODORNIZ 9, 1º DCHA.
F. Nacimiento: 01/02/1950 **Sexo:** Mujer **Localidad:** SEVILLA **CP:** 41006
Provincia: SEVILLA

Datos de la hoja

Hora Nac: : : **Nacionalidad:** ESPAÑA **Raza:** Blanca

Datos Paciente

Al Nacimiento

Semanas Gestación: **Días Gestación:**
Peso: g. **Perímetro Craneal:** cm. **Perímetro Torácico:** cm.
Longitud: cm.
Término:
Peso Edad Gestacional: AEG - Adecuado Edad Gestacional
Nº de Fetos: Único **Nº Orden:**
Reproducción Asistida: No
Lugar de Nacimiento: Hospital Maternal
Procedencia: Partorio

Al Ingreso

Ingreso	Alta	Edad al Ingreso (días)	Lugar	Estancia (días)
				0

TOTAL DIAS DE INGRESO

Versión Provisional

Fig 21.- Pestaña "Datos del paciente"

En la parte inferior de la sección "Al Ingreso" nos encontramos con el botón **Agregar**. Al pulsarlo aparece una ventana donde el usuario puede introducir la fecha y la hora del ingreso y la fecha y hora del alta. La fecha se debe seleccionar del calendario que se despliega al pulsar el icono del calendario.

Agregar Ingreso

Introduzca los datos del ingreso

Fecha de Ingreso **Hora:** : :
Fecha del Alta **Hora:** : :
Lugar UCI - Neonatal

Para añadir la fecha hay que seleccionar el calendario

Fig 22.- Inserción de datos "Al Ingreso"

Al rellenar los datos de la sección "Al Ingreso", se pulsará el botón **Aceptar** y aparecerán los datos introducidos anteriormente.

Procedencia: Partorio

Al Ingreso

Ingreso	Alta	Edad al Ingreso (días)	Lugar	Estancia (días)
01/06/2006 10:00	06/06/2006 19:00	20574	UCI - Neonatal	5
TOTAL DIAS DE INGRESO				5

Agregar

Versión Provisional

Fig 23.- Datos de la sección "Al Ingreso"

El usuario si cambia de pestaña sin guardar previamente los datos, **perderá** toda la información. Como solución, el usuario debe guardar como versión provisional cada pestaña antes de pasar a la siguiente.

3.1.3 Antecedentes Maternos

La pestaña de "Antecedentes Maternos" contiene los antecedentes clínicos de la madre del paciente. Al pulsarla se mostrará una ventana con dos apartados: Identificación del Paciente y Antecedentes Maternos.

Destacar que el apartado Antecedentes Maternos contiene a su vez seis subapartados: Antecedentes, Última Regla, Patología Gestación, Tratamiento en la Gestación, Datos Maternos y Serología. Cómo se puede observar en la imagen de abajo, en esta pestaña se pueden anotar todos los datos relevantes de la madre.

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente: **Ant. Maternos** Parto Ingresos Patologías Proc. Evolución Situación 28 D/36 S Traslados Exits Alta

Identificación del Paciente

NHL: 1000110 N° Ingreso: 0551509 Paciente: CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ

Antecedentes Maternos

Antecedentes

Familiares

Personales Maternos

Última Regla

Fecha

Patología Gestación

Patologías Disponibles

- AMENAZA DE ABORTO
- ANEMIA
- CARDIOPATÍA CONGÉNITA
- CIRCULAR, CORDÓN
- CORIOAMNIONITIS
- DEPRECIÓN
- DESPRENIMIENTO PLACENTARIO
- DESPRENIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
- DIABETES GESTACIONAL
- PLACENTA PRESTACIONAL

Patologías Seleccionadas

- AMENAZA DE PARTO PREMATURO
- CORDÓN CORTO

Si no encuentra la patología pulse en la lupa para buscarla

Tratamiento en la gestación

Datos Maternos

Cuidados Prem: Gestación No Controlada

Nº Gestación: 1

Nº Abortos Ant: 0

RN Vivos Ant: 0

RN Muertos Ant: 0

Edad Materna: 29 años

Grupo: A

Etnicidad: Parcial

Antibioterapias: Desconocida

RH: Desconocida

Serología

Toxoplasma: Positivo

VHB: Positivo

VHL: Negativo

Herpes Simple: Positivo

Lacta: Desconocido

Citomegalovirus: Positivo

VHS: Positivo

Rubéola: Desconocida

Frutas Vaginal sub: Seleccionar un valor

Versión Provisional

Fig 24.- Pestaña Antecedentes maternos

Al final de la sección se encuentra el botón "Versión Provisional" para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

3.1.4 Parto-Ingreso

La pestaña de "Parto-Ingreso" permitirá anotar todo el proceso y desarrollo del parto. La pestaña tendrá seis apartados: Sala de Partos, Técnicas de Reanimación, Motivos de Ingresos, Exploración, Somatometría al Ingreso y Oxigenoterapia.

de Salud
E SALUD

Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 05.01.20.00
Servicio de Neonatología

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | **Parto - Ingresos** | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus- Alta

Identificación del Paciente: **Seccion Parto-Ingresos**

IC: 1000440 | Nº Episodio: 0354309 | Paciente: CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ

Parto - Ingresos

Sala de Partos

Inducción parto: Inducido
Tipo de Parto: Cesárea electiva
Presentación: Transversal
Líquido Amniótico: Sanguinolento
Cant. Líquido: Polihidramnios
Rotura Desconocida:
Tiempo: 0 h. Pre-nac
Apgar 1': 0
Apgar 5': 0
Apgar 10': 0
Test de Crib a las 12 h: 0
PH Mínimo:
Tensión Arterial Media Mínima:

Se refleja el resultado del TEST

Al pulsar el botón aparecerá en una ventana el TEST

Técnicas de Reanimación

Oxígeno | FIO2 % | Mascarilla
 Intubación | Adrenalina
 Masaje Cardiaco
 Medicación
No Si
Tiempo Total de Reanimación: Minutos Segundos

Si selecciona el Si se habilitaran los cuadros

Seleccione la patología y usando la flechas paseolas al cuadro motivos seleccionados

Motivos de Ingresos

Motivos Disponibles: ACIDOSIS, ANEMIA, APNEA, BRADICARDIA, BRONQUIOLITIS, CARDIOPATIA CONGENITA, CEFALOHEMATOMA, CIANOSIS, CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO Y DESNUTRICIÓN, CRISIS CONVULSIVA
Motivos Seleccionados: AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL, ASFIXIA PERINATAL
Otros Motivos No Especificados:

Exploración

Buen estado general, coloración normal. Llanto fuerte. Inspección de globos oculares normal. Paladar íntegro. Fontanela normotensa. ACBUD postural normal, buena movilidad espontánea y respuesta a los estímulos; reflejos neonatales primarios normales; tono muscular normal, reflejos rotulianos presentes simétricos. Auscultación torácica: tonos cardiacos rítmicos sin soplos; buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen blando y depresible, sin masas ni
Añadir Plantilla

Se añadirá una plantilla generica

Somatometría al Ingreso

Peso: g. | Longitud: cm.
Perímetro Craneal: cm. | Perímetro Torácico: cm.

Oxigenoterapia

Oxígeno: No | FIO2 máx.: % | Días: | Horas: | Total: 0 horas

Soporte Respiratorio

Si selecciona el Si se habilitaran los cuadros

Si marca esta casilla aparecerá debajo un cuadro que deberá de rellenarse

Versión Provisional

Fig 25.- Pestaña Parto-Ingreso

Dentro de la sección "Sala de Partos" se encuentra el botón **Test de Crib** que cuando se pulse desplegará una ventana emergente para realizar el test de Crib. El resultado de este

Test será escrito en el campo **Test de Crib** a las 12 h: 0 de los datos correspondientes a la Sala de Partos

Fig 26.- Test de Crib

En el apartado "Exploración" se encuentra el botón **Añadir Plantilla**. La función de este botón consiste en añadir plantillas. Las plantillas sirven para reutilizar texto introducido en el mismo apartado en situaciones parecidas. Estas plantillas son predefinidas en el sistema y no se podrán modificar por el usuario.

En el último apartado "Soporte Respiratorio" si se marca la casilla aparecerá una cuadrícula ampliando la sección, como se puede ver en la imagen.

Fig 27.- Apartado soporte respiratorio

Al final de la sección se encuentra el botón "Versión Provisional" para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

3.1.5 Patologías - Proc. Evolución

La pestaña de "Patologías-Proc. Evolución" contiene la información de cualquier patología y / o proceso de evolución del neonato.

The screenshot shows the 'Patologías - Proc. Evolución' section of a neonatology record. The interface includes a patient identification section with fields for NHC (1000440), Nº Episodio (0354309), and Paciente (CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ). Below this is the 'Patologías - Proc. Evolución' section, which is divided into 'Pruebas Complementarias y Evolución' and 'Patologías del Paciente'. The 'Pruebas Complementarias' section has a list of tests and an 'Añadir Plantilla' button. The 'Patologías del Paciente' section features a list of 'Patologías Disponibles' (including ABLEFARIA, ACIDOSIS METABÓLICA, etc.) and a 'Patologías Seleccionadas' list. A search icon is used to find specific pathologies. Below the pathology lists are three rows for 'Sepsis Vertical', 'Sepsis Nosocomial', and 'Sepsis Comunitad'. Each row has a 'Germen' dropdown, an 'Antibiótico(s)' field, and a 'Fecha' field with a calendar icon. A blue 'Agregar' button is at the end of each row. Red callouts provide instructions: 'Seleccione la patología y usando la flechas paseselas a seleccionadas' points to the pathology lists; 'Añade texto generico que deberar rellenar el usuario' points to the 'Añadir Plantilla' button; 'Si no encuentra la patología utilice la lupa para buscarla' points to the search icon; 'Si son seleccionadas las casillas se abriran nuevos campos para rellenar' points to the 'Germen' dropdowns; and 'Para añadir la fecha hay que seleccionar el calendario' points to the calendar icon.

Fig 28.- Patologías - Proc. Evolución 1

Procedimientos

Procedimientos Disponibles

- ADRENALINA
- AEROSOL TERAPIA
- ANGIOCARDIOGRAFÍA
- ANTIBIÓTICOS
- ANTICOAGULANTES
- ANTICONVULSIVANTES
- ALTOPSIA
- BIOPSIA HEPÁTICA
- BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES
- BRONCOSCOPIA

+ agregar todos

Otros Procedimientos No Especificados:

Agregar Otra Procedimiento CIE 9

Procedimientos Seleccionadas

- ALIMENTACIÓN PARENTERAL
- ALIMENTACIÓN POR Sonda NASOGÁSTRICA
- AUDIOMETRIA

- quitar todos

Eco Cerebral

Diagnósticos ECO Disponibles

- EDEMA

+ agregar todos

Otro Diagnóstico ECO No Especificado:

Agregar Otro Diagnóstico ECO

Diagnósticos ECO Seleccionados

- ESPINA BIFIDA E HIDROCEFALIA

- quitar todos

Fondo de Ojos

Izquierdo:

Screening Auditivo

Potencial Evocados:

Otoemisiones:

Cirugía

Técnica Quirúrgica

Fecha

Si son seleccionadas las casillas se abriran nuevos campos para rellenar

Fig 29.- Patologías - Proc. Evolución 2

En la parte inferior de la hoja, al marcar la sección de Cirugía nos aparecerá Técnica Quirúrgica. Para seleccionar una técnica se debe pulsar el botón y seleccionar la fecha. Se añadirá una tabla como la que vemos debajo de estas líneas.

Técnica Quirúrgica	Fecha
OTRAS OPERACIONES PARA ESTABLECER DRENAJES DE VENTRICULO	15/06/2006

Fig 30.- Técnica quirúrgica

Al final de la sección se encuentra el botón "Versión Provisional" para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

3.1.6 Situación 28 D / 36 S

La pestaña de "Situación 28 D / 36 S" refleja la situación del neonato a los 28 días del nacimiento y a las 36 semanas de gestación.

La Hoja consta de dos apartados: Situación de los 28 días y Situación a las 36 semanas de gestación.

Tempo de inactividad: 00:18:40

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | **Situación 28 D/36 S** | Traslados - Exitus - Alto

Identificación del Paciente:

NHC: 1000440 | Nº Episodio: 0354309 | Paciente: CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ

Situación a los 28 Días / 36 Semanas

Situación a los 28 Días

Fecha: 08/06/2006

Oxígeno: Si

FIO2: 0.0 % Test de Reducción de O2 Seleccione un valor

CPAP: Si

Vent Mecánica: Si

Nutrición parent: Si

Peso: g.

Broncodisplasia: Si

Corticoides sistémicos: No 1 Ciclo 2 Ciclos 3 Ciclos

Edad de inicio de corticoides sistémicos: 0 días

Situación a las 36 Semanas

Fecha: 14/06/2006

Oxígeno: Si

FIO2: 0.0 % Test de Reducción de O2 Seleccione un valor

CPAP: No

Vent Mecánica: Seleccione un valor

Nutrición parent: No Procede

Peso: g.

Broncodisplasia: Si

Corticoides sistémicos: No 1 Ciclo 2 Ciclos 3 Ciclos

Edad de inicio de corticoides sistémicos: 0 días

Versión Provisional

Fig 31.- Situación 28 D / 36 S



Al final de la sección se encuentra el botón **Versión Provisional** para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

3.1.7 Traslado-Exitus-Alta

La pestaña "Traslado-Exitus-Alta". Se muestra una hoja donde introducir los motivos de traslado, de alta o de alta por causa de exitus.

La Hoja consta de cuatro apartados: Controles, Tratamiento y Plan Terapéutico; Lactancia; Datos Al Alta; Vacunaciones y Exitus.

Timeo de inactividad: 00:19:17

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | **Traslados - Exitus - Alta**

Sección Traslados-Exitus-Alta

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

Traslados - Exitus - Alta

Controles, Tratamiento y Plan Terapéutico

Controles

- * Consulta de Pediatría de Atención primaria
- Citas en Consultas externas de Hospital Infantil según tarjeta adjunta:
 - * Consulta de Neonatología
 - * Consulta de Desarrollo madurativo

Tratamiento

Se añade un texto generico

Plan Terapéutico (Alimentación)

Lactancia

Lactancia Alta: Materna

Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio

Nº Biberones: []

Cantidad de Agua: [] ml. Nº Cacitos: 0

Datos Al Alta

Eco Alta: No Practicada

Fecha de Alta Final: []

Para añadir la fecha hay que seleccionar el calendario

Fig 32.- Traslado-Exitus-Alta 1

Al activar los campos se abran las fechas de los mismos

Al activar el campo se añade a la hoja los demas campos

Se abra una ventana para seleccionar el motivo de Exitus

Motivo seleccionado

Borrara la causa seleccionada

Borra todas las causas

Al activar el campo se añade a la hoja los demas campos

Da opción de generar el informe Alta-Exitus-Traslados

Tipo de Informe: Alta, Traslado, Exitus

Generar Informe

Versión Provisional

Versión Definitiva

Fig 33.- Traslado-Exitus-Alta 2

Los informes generados por la Hoja de Neonatología son tres: Informe de Exitus, Informe de Traslado, y Informe de Alta, los cuales están detallados en capítulos anteriores, es recomendable para el usuario que dependiendo del informe que genere, vea el capítulo de dicho informe que ha generado.

Si el usuario no ha generado ningún informe al paciente, se podrán generar en otro momento. Si por el contrario, genera un Informe de Alta, o de Traslado, le seguirá apareciendo la opción de generar estos informes pero se informará al usuario que ya existe un informe con las mismas características.

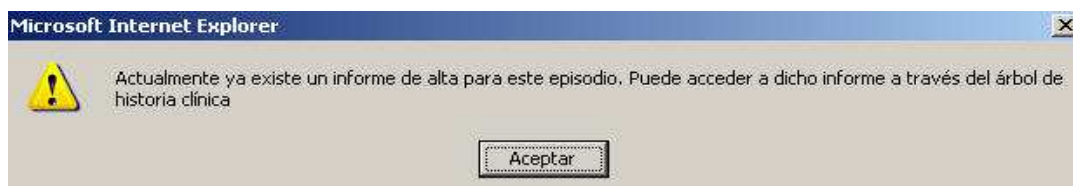


Fig 34.- Mensaje de error al generar un informe de alta en un episodio donde ya existe uno creado previamente

Si por el contrario genera un Informe de Exitus, no le aparecerá la opción de generar más informes.



Fig 35.- Versión provisional y definitiva

Si guarda la hoja de Neonatología en su forma definitiva, no podrá volver a realizar cambios en la hoja, aunque si el usuario no ha generado ningún informe podrá generar el informe que sea necesario.



Fig 36.- Generar un informe de alta

3.1.8 Versión Definitiva de la Hoja de Neonatología

Para poder guardar la Hoja de Neonatología de forma definitiva han de haberse guardado previamente todas las pestañas de manera provisional. La opción para el guardado definitivo se encuentra en la pestaña de "Traslado-Exitus-Alta". La Hoja de Neonatología Definitiva quedaría así:



Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Neonatología (Sevilla, a 12/06/2006)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | **Traslados - Exitus - Alta**

Identificación del Paciente

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

Traslados - Exitus - Alta

Lactancia

Lactancia Alta: Materna
Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio
Nº Biberones: 0,0
Cantidad de Agua: 0,0 ml. | Nº Cacicots: 0

Datos Al Alta

Eco Alta: No Practicada | Fecha de Alta Final:
Peso Alta: 0,0 g.
Lugar de Alta: Domicilio | Longitud Alta: 0,0 cm.
Riesgo Social Alta: No | Perímetro Craneal Alta: 0,0 cm.

Vacunaciones

Fecha 1ª Dosis	Fecha 2ª Dosis	Fecha 3ª Dosis

Tipo de Informe: Alta | Generar Informe

- Alta
- Traslado
- Exitus

Fig 37.- Hoja de Neonatología en Versión Definitiva, vista pestaña Traslado-Exitus-Alta

Si guarda la hoja de Neonatología en su forma definitiva, no podrá volver a realizar cambios en la hoja, pero si el usuario no generó ningún informe aún tendrá la posibilidad de generar el informe que sea necesario (Fig 145).

3.1.9 Generación de Informes desde la Hoja de Neonatología

La Hoja de Neonatología tiene la peculiaridad de generar informes desde la última sección de la hoja "Traslados-Exitus-Alta". Se pueden generar estos informes tanto si la hoja está guardada de manera provisional o guardada de manera definitiva.

3.1.9.1 Desde Provisional

El usuario puede generar los informes de Alta-Traslado-Exitus desde la Hoja de Neonatología en su estado provisional.



Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus - Alta

Identificación del Paciente

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

Traslados - Exitus - Alta

Lactancia

Lactancia Alta: Materna
Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio
Nº Biberones: 0,0
Cantidad de Agua: 0,0 ml. | Nº Cacitos: 0

Datos Al Alta

Eco Alta: No Practicada | Fecha de Alta Final:
Peso Alta: 0,0 g. | Longitud Alta: 0,0 cm.
Lugar de Alta: Domicilio | Perímetro Craneal Alta: 0,0 cm.
Riesgo Social Alta: No

Vacunaciones

Fecha 1ª Dosis | Fecha 2ª Dosis | Fecha 3ª Dosis

Tipo de Informe: Alta | Generar Informe

Alta
Traslado
Exitus

Fig 38.- Hoja de Neonatología en Versión Provisional

3.1.9.2 Desde Definitivo

Si se ha guardado la hoja de manera definitiva también se podrán generar informes Alta-Traslado-Exitus. Al contrario que en guardado provisional, no se podrá modificar ningún apartado de la Hoja.

Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Neonatología (Sevilla, a 12/06/2006)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus - Alta

Identificación del Paciente

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

Traslados - Exitus - Alta

Lactancia

Lactancia Alta: Materna
Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio
Nº Biberones: 0,0
Cantidad de Agua: 0,0 ml. | Nº Cacitos: 0

Datos Al Alta

Eco Alta: No Practicada | Fecha de Alta Final:
Peso Alta: 0,0 g. | Longitud Alta: 0,0 cm.
Lugar de Alta: Domicilio | Perímetro Craneal Alta: 0,0 cm.
Riesgo Social Alta: No

Vacunaciones

Fecha 1ª Dosis | Fecha 2ª Dosis | Fecha 3ª Dosis

Tipo de Informe: Alta | Generar Informe

Alta
Traslado
Exitus

Fig 39.- Hoja de Neonatología en Versión Definitiva

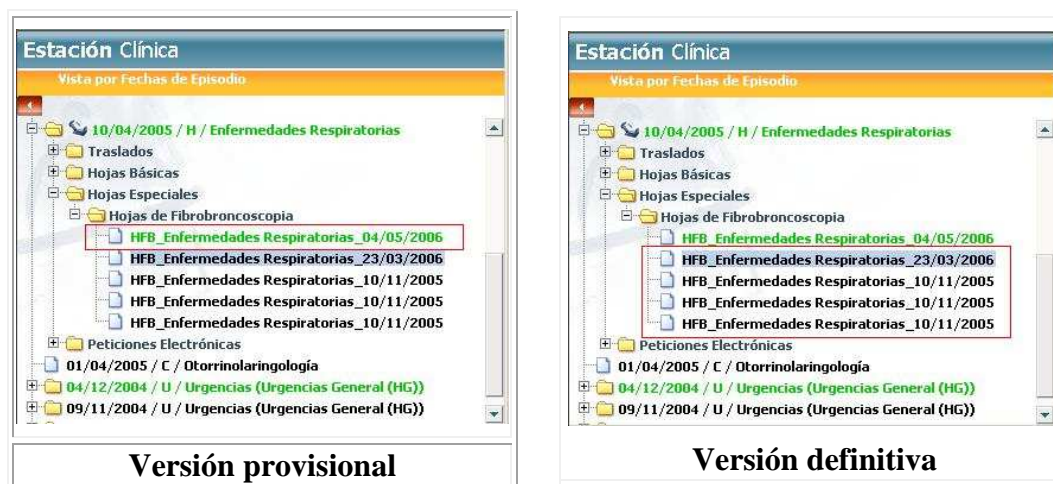
4 Unidad de Enfermedades Respiratorias

4.1 Hoja de Fibrobroncoscopia

En la Hoja de Fibrobroncoscopia se recogen los datos del paciente y de los datos obtenidos mediante la técnica diagnóstica denominada broncoscopia. Esta técnica consiste en la visualización directa y toma de muestras de la tráquea y de las vías aéreas, mediante un fibrobronoscopio.

La Hoja se encuentra dividida en diecisiete secciones. Éstas son las siguientes: ¿Fumador?, Indicación de Broncoscopia, ¿Control Fluoroscópico?, Prótesis en Vía Aérea, Resumen de Anamnesis, Datos Complementarios, Médico Explorador, Premedicación, Anestesia, Vía de Introducción, Hallazgos Endoscópicos, Juicio Endoscópico, Biopsia, Lavado Broncoalveolar, Aspirado, Cepillado y Punción transbronquial.

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



4.1.1 Creación de la Hoja de Fibrobronscopia

La Hoja de Fibrobronscopia se puede crear **en episodios de Hospitalización y Consulta**. Pero **sólo** se pueden crear **en episodios sin fecha de alta informada (episodios abiertos)**. Para la creación de una nueva hoja deberemos hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones. Eligiendo la opción "**Crear**" aparecerá otro menú, esta vez desplegable. En este menú entre otras opciones se encuentra la de creación de "**Hoja de Exploraciones Especiales**".



Fig 40.- Creación de la hoja de fibrobronscopia

Al seleccionar esta acción se mostrará una Hoja de Fibrobronscopia en **blanco**, lista para añadirle información. Es importante reseñar que al crear una Hoja de Fibrobronscopia al usuario le se dará la opción de recuperar la anterior hoja de fibrobronscopia si ésta existiera.

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

Hoja de Fibrobronoscopia (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	10099201	Paciente:	PRUEBA PRUEBA PRUEBA
NUHSA:	999999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CALLE SEVILLAF.C. 9 B3 B.
F. Nacimiento:	01/01/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA
				Provincia:	SEVILLA
				CP:	41

Datos del Informe

F. Hoja: 25 / 05 / 2006 Nº S.S.: 41/0123456789 Provincia: SEVILLA

Centro: Seleccione un centro Médico: Cama:

¿FUMADOR?
No Sí Exfumador

INDICACIÓN DE BRONCOSCOPÍA

SÍNTOMAS

<input checked="" type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Hemoptisis
<input type="checkbox"/> Expectorcación purulenta persistente	<input type="checkbox"/> Disfonía	<input type="checkbox"/> Adenopatías extratorácicas
<input checked="" type="checkbox"/> Otros: sfsdfdf		

ESTUDIO BRONCOSCÓPICO POR HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

<input checked="" type="checkbox"/> Nódulo/masa pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/> Agrandamiento hilar	<input type="checkbox"/> Atelectasia
<input checked="" type="checkbox"/> Neumonía de lenta resolución	<input checked="" type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Sospecha de enfermedad pulmonar intersticial
<input checked="" type="checkbox"/> Otros: fdfdf		

ESTUDIO POR ALTERACIONES FUNCIONALES RESPIRATORIAS

ESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN

CONTROL DE PRÓTESIS IMPLANTADAS EN VÍA AÉREA

INFILTRADO PULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

BRONCOSCOPÍA TERAPÉUTICA

<input type="checkbox"/> Retención de secreciones	<input type="checkbox"/> Aspiración de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/> Tratamiento de estenosis de vía aérea
<input type="checkbox"/> Fístula traqueal/bronquial	<input type="checkbox"/> Hemoptisis	<input type="checkbox"/> Tubulación difícil

¿CONTROL FLUOROSCÓPICO?
No Sí

The diagram illustrates the internal view of the bronchoscopic tube. At the bottom, the vocal cords (Cuerdas vocales) and epiglottis (Epiglotis) are visible. The trachea (Traquea) leads to the bronchus of the tongue (Bronquio de la lengua), which branches into the superior (B¹⁰) and inferior (B⁹) divisions. The main bronchi are labeled as B¹ (right) and B² (left). The diagram also shows the carina (Bifurcación), various segments (B¹⁺², B³, B⁴, B⁵, B⁶, B⁷, B⁸, B⁹⁺¹⁰), and the orifices of the bronchi. Other structures shown include the tracheal intermediate trunk (Tronco intermedio), the carina of the intermediate trunk (Carina LSD intermedio), and the carina of the right main bronchus (Carina LSD derecho). The diagram is divided into three sections: Tercio Superior, Tercio Medio, and Tercio Inferior.

Fig 41.- Vista de la Hoja de Fibrobronoscopia

4.1.2 ¿Fumador?

En esta sección se describe el estado del paciente respecto al tabaco. Si fuma actualmente, si es exfumador o si no ha fumado nunca.

A continuación se muestra la sección con las tres opciones:

¿FUMADOR?

No Si Exfumador

Fig 42.- Sección ¿Fumador?

4.1.3 Indicación de Broncoscopia

Se describirán las indicaciones para realizar la broncoscopia en "**Indicación de Broncoscopia**". Éste apartado es el más extenso de la hoja. Se divide en ocho subapartados: **Síntomas**, **Estudio Broncoscópico por Hallazgos Radiológicos**, **Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias**, **Estadificación de Cáncer de Pulmón**, **Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea**, **Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos**, **Broncoscopia Terapéutica**, **¿Control Fluoroscópico?**.

A continuación se describen uno por uno los subapartados.

4.1.3.1 Síntomas

Si se observan síntomas en el paciente, se deben describir en este subapartado. Existen seis ya predefinidas: **Tos**, **Disnea**, **Hemoptisis**, **Expectoración Purulenta Persistente**, **Disfonía**, **Adenopatías Extratorácicas**.

Si existieran otros síntomas no descritos en los ya predefinidos, se debe seleccionar la casilla de "**Otros**" y escribir en el campo de texto anexo los síntomas observados.

INDICACIÓN DE BRONSCOPIA

INDICACIÓN DE BRONSCOPIA

SÍNTOMAS

Tos Disnea Hemoptisis

Expectoración purulenta persistente Disfonía Adenopatías extratorácicas

Otros

Fig 43.- Síntomas

4.1.3.2 Estudio Broncoscópico por Hallazgos Radiológicos

Si se decide realizar un estudio broncoscópico por hallazgos radiológicos previos, deben describirse en este subapartado dichos hallazgos. Existen seis ya predefinidas: **Nódulo/masa pulmonar, Neumonía de lenta resolución, Agrandamiento hilar, Atelectasia, Neumonía de lenta resolución, Derrame pleural, Sospecha de enfermedad pulmonar intersticial, Otros.**

Si existieran otros síntomas no descritos en los ya predefinidos, se debe seccionar la casilla de "Otros" y escribir en el campo de texto anexo los síntomas observados.

ESTUDIO BRONCOSCÓPICO POR HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

<input checked="" type="checkbox"/> Nódulo/masa pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/> Agrandamiento hilar	<input type="checkbox"/> Atelectasia
<input checked="" type="checkbox"/> Neumonía de lenta resolución	<input checked="" type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Sospecha de enfermedad pulmonar intersticial
<input checked="" type="checkbox"/> Otros	<input type="text" value="fdfsd"/>	

Fig 44.-Estudio Broncoscópico por Hallazgos Radiológico

4.1.3.3 Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias

Si se hubieran observado alteraciones funcionales respiratorias debe marcarse la casilla de "Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias".

ESTUDIO POR ALTERACIONES FUNCIONALES RESPIRATORIAS

Fig 45.- Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias

4.1.3.4 Estadificación de Cáncer de Pulmón

Si existe un estadio de cáncer de pulmón debe marcarse la casilla de "Estadificación de Cáncer de Pulmón".

ESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN

Fig 46.- Estadificación de Cáncer de Pulmón

4.1.3.5 Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea

Si se desea el control de prótesis implantadas en vía aérea debe marcarse la casilla de "Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea".

CONTROL DE PRÓTESIS IMPLANTADAS EN VÍA AÉREA

Fig 47.- Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea

4.1.3.6 Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos

Si se desea infiltrado pulmonar en paciente inmunocomprometido debe marcarse la casilla " **Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos**".

 INFILTRADO PULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

Fig 48.- Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos

4.1.3.7 Broncoscopia Terapéutica

Si la broncoscopia tiene carácter terapéutico debe marcarse la casilla de "**Broncoscopia Terapéutica**". Además existen seis motivos predefinidos para la terapia. Debe marcarse la casilla correspondiente. Éstos son: **Retención de Secreciones, Aspiración de Cuerpo Extraño, Tratamiento de Estenosis de Vía Aérea, Fístula traqueal / bronquial, Hemoptisis, Intubación Difícil.**

 BRONCOSCOPIA TERAPÉUTICA Retención de secreciones Aspiración de cuerpo extraño Tratamiento de estenosis de vía aérea Fístula traqueal/bronquial Hemoptisis Intubación difícil

Fig 49.- Broncoscopia Terapéutica

4.1.3.8 ¿Control Fluoroscópico?

Si se desea un control fluoroscópico debe seleccionarse la casilla de "Sí" del subapartado "¿Control Fluoroscópico?".

 ¿CONTROL FLUOROSCÓPICO?

No

Sí

Fig 50.- ¿Control Fluoroscópico?

4.1.4 Diagrama de Puntos Seleccionables

Existe un diagrama gráfico donde poder señalar los puntos en los que se encuentren hallazgos.

Además, existen secciones predefinidas con dibujos y letras concretos. Si se pincha con el ratón encima de alguna de ellas, aparecerá otra ventana donde se podrá escoger entre distintas opciones de los tipos de hallazgos.

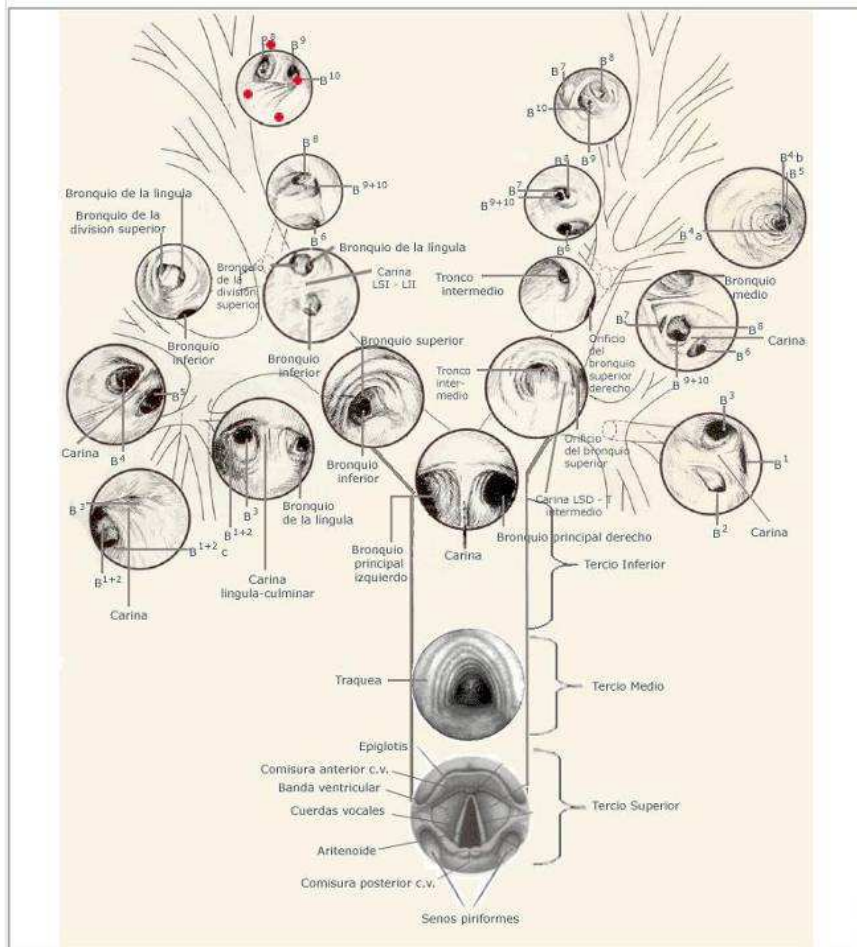


Fig 51.- Vista de Diagrama Seleccionable de Puntos

Ahora se mostrará una vista de la ventana que aparece cuando se pincha en las palabras y letras del dibujo de alguna de las secciones:



Fig 52.- Vista de Ubicación de Hallazgo

Ahora se mostrará la vista de la ventana para seleccionar los tipos de hallazgos encontrados:

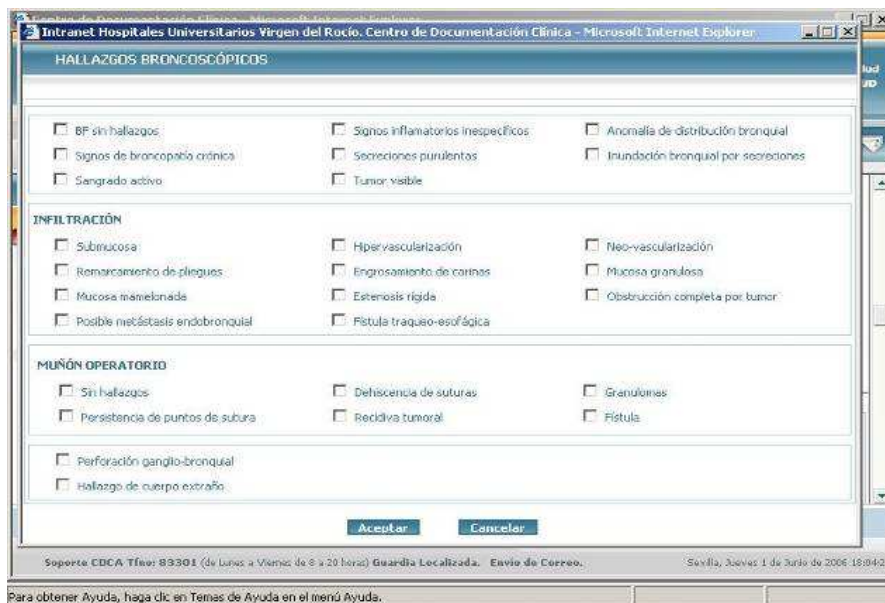


Fig 53.- Vista de Hallazgos Broncoscópicos

Cuando se introducen los hallazgos, éstos aparecen debajo del diagrama de puntos seleccionables. Se puede ver un ejemplo en el siguiente gráfico.

Ubicación:	Tronco intermedio	- Hipervascularización	- Tumor visible
Hallazgos:	- Engrosamiento de carinas - Secreciones purulentas	- Signos inflamatorios inespecíficos	
Observaciones:			
Ubicación:	B 8 (1)	- Hipervascularización	
Hallazgos:			
Observaciones:			

Fig 54.- Hallazgos

4.1.5 Prótesis en Vía Aérea

Si el paciente posee una prótesis en la vía aérea debe marcarse la casilla "Prótesis en Vía Aérea".

Al seleccionarse la casilla, aparecerán tres nuevos subapartados. Estos son: Tipo, Hallazgos, Procedimiento Terapéutico.

PRÓTESIS EN VÍA AÉREA

Fig 55.- Prótesis en Vía Aérea

Ahora se describirán dichos subapartados.

4.1.5.1 Tipo

Se indicará el tipo de prótesis de la vía aérea. Existen siete tipos ya predefinidos: Dumon, Vergnon, Ultraflex, Poliflex, Dinámica (Freitag), Tubo de Montgomery y Cánula de traqueostomía.

El tipo "**Dumon**" tiene dos selecciones posibles: Bifurcada o Convencional, ésta última por defecto.

Si existiera otro tipo no indicado en los predefinidos debe marcarse la casilla "**Otros**" y rellenar el campo de texto anexo con el tipo correspondiente.

<input checked="" type="checkbox"/> Dumon	Convencional	<input type="checkbox"/> Vergnon	<input type="checkbox"/> Ultraflex
<input checked="" type="checkbox"/> Poliflex		<input type="checkbox"/> Dinámica (Freitag)	<input type="checkbox"/> Tubo de Montgomery
<input checked="" type="checkbox"/> Cánula de traqueostomía		<input type="checkbox"/> Otros	

Fig 56.- Subapartado tipo

4.1.5.2 Hallazgos

Para describir los hallazgos realizados en la broncoscopia debe marcarse la casilla "Hallazgos". Existen ocho hallazgos predefinidos: **Colocación, Expansión, Desplazamiento, Obstrucción, Secreciones, Tumor, Granulomas y Edema.**

El hallazgo "**Colocación**" tiene dos selecciones posibles: Incorrecta y Correcta, ésta última por defecto.

El hallazgo "**Expansión**" tiene dos selecciones posibles: Incompleta y Completa, ésta última por defecto.

El hallazgo "**Desplazamiento**" tiene dos selecciones posibles: Sí y No, ésta última por defecto.

El hallazgo "**Granulomas**" tiene dos selecciones posibles: Proximales y Distantes, ésta última por defecto.

<input checked="" type="checkbox"/> Colocación	Correcta	<input type="checkbox"/> Expansión	<input type="checkbox"/> Desplazamiento
<input checked="" type="checkbox"/> Obstrucción			
<input checked="" type="checkbox"/> Secreciones		<input type="checkbox"/> Tumor	
<input checked="" type="checkbox"/> Granulomas	Distales	<input type="checkbox"/> Edema	

Fig 57.- Subapartado hallazgos

4.1.5.3 Procedimiento Terapéutico

Se indicará el procedimiento terapéutico a seguir. Existen siete procedimientos predefinidos: Aspiración / limpieza, Desobstrucción con pinza, Dilatación, Láser a través de BF (flexible), Crioterapia ídem, Inyección intraluminal de corticoides, Retiro / Cambio de Cánula.

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO:		
<input checked="" type="checkbox"/> Aspiración/limpieza	<input type="checkbox"/> Desobstrucción con pinza	<input type="checkbox"/> Dilatación
<input type="checkbox"/> Láser a través de BF (flexible)	<input type="checkbox"/> Crioterapia idem	<input type="checkbox"/> Inyección intraluminal de corticoides
<input checked="" type="checkbox"/> Retiro/Cambio de Cánula		

Fig 58.- Subapartado procedimiento terapéutico

4.1.6 Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica

El resumen de la Anamnesis y la exploración clínica debe introducirse en el apartado "Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica".

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información del "Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica".

Fig 59.- Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica

4.1.7 Datos Complementarios

Cualquier dato adicional que quiera ser aportado debe introducirse en el apartado "Datos Complementarios".

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información de "Datos Complementarios".

Fig 60.- Datos Complementarios

4.1.8 Médico Explorador

Para anotar quien / quienes explora / n al paciente, se deben seleccionar los médicos del servicio del apartado "Médico Explorador".

A continuación se muestra el cuadro donde se escogen los médicos del servicio.

Fig 61.- Médico Explorador

4.1.9 Premedicación

La medicación que toma el paciente antes de la broncoscopia debe ser anotada en el apartado "**Premedicación**".

Fig 62.- Premedicación

4.1.10 Anestesia

El tipo de anestesia suministrado al paciente debe insertarse en el campo de texto "**Anestesia**".

Fig 63.- Anestesia

4.1.11 Vía de Introducción

El tipo de anestesia suministrado al paciente debe insertarse en el campo de texto "**Vía de Introducción**".

Vía de Introducción

Fig 64.- Vía de Introducción

4.1.12 Juicio Endoscópico

Los juicios clínicos emitidos tras la endoscopia deben insertarse en el campo de texto "**Juicio Endoscópico**".

Juicio Endoscópico

Fig 65.- Juicio Endoscópico

4.1.13 Biopsia

Si se ha realizado biopsia, los resultados de ésta deben insertarse en el campo de texto "**Biopsia**". La biopsia tiene tres opciones: No se realiza, Bronquial, Transbronquial. Cualquiera de ellas se puede elegir en el cuadro desplegable.

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "**A. Patológica**" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre la biopsia.

Biopsia:

Fig 66.- Biopsia

4.1.14 Lavado Broncoalveolar

Si se realiza lavado broncoalveolar, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "**Lavado Broncoalveolar**".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas. Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre el lavado broncoalveolar.

Lavado Broncoalveolar:
No Si Localización:
 A. Patológica

Fig 67.- Vista de Lavado Broncoalveolar sin enviar Solicitud Bacteriología

Lavado Broncoalveolar:
No Si Localización:
 A. Patológica Microbiol.
-Parásitos -Cultivo hongos
-Cultivo anaerobios -Cultivo/antibiograma
-Gram -Auramina/Ziehl
-Cultivo micobacterias

Fig 68.- Vista de Lavado Broncoalveolar enviada Solicitud Bacteriología

4.1.15 Aspirado

Si se realiza aspirado, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "Aspirado".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre el aspirado.

Aspirado:
No Si Localización:
 A. Patológica

Fig 69.- Vista de Aspirado sin enviar Solicitud Bacteriología

Cuando se rellene la solicitud de bacteriología el cuadro quedaría así:

Aspirado:
No Si Localización:
 A. Patológica Microbiol.
-Cultivo/antibiograma -Gram
-Auramina/Ziehl -Cultivo micobacterias

Fig 70.- Vista de Aspirado enviada Solicitud Bacteriología

4.1.16 Cepillado

Si se realiza cepillado, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "Cepillado".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre el cepillado.

Cepillado:
No Si Localización:
 A. Patológica

Fig 71.- Vista de Cepillado sin enviar Solicitud Bacteriología

Cuando se rellene la solicitud de bacteriología el cuadro quedaría así:

Cepillado:
No Si Localización:
 A. Patológica Microbiol.
-Parásitos -Cultivo hongos
-Cultivo/antibiograma -Gram
-Auramina/Ziehl -Cultivo micobacterias

Fig 72.- Vista de Cepillado enviada Solicitud Bacteriología

4.1.17 Punción Transbronquial

Si se realiza aspirado, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "Aspirado".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre la punción transbronquial.

Fig 73.- Vista de Punción Transbronquial sin enviar Solicitud Bacteriología

Cuando se rellene la solicitud de bacteriología el cuadro quedaría así:

Fig 74.- Vista de Punción Transbronquial enviada Solicitud Bacteriología

4.1.18 Solicitar Pruebas Bacteriología

En la Hoja de Fibrobroncoscopia se presenta la posibilidad de realizar una solicitud de Bacteriología.


Al pulsar el botón  se abrirá una ventana con la petición de bacteriología para poder rellenarla y enviarla. Para más información ver la sección de Solicitudes de Bacteriología.

4.1.19 Guardar Hoja de Fibrobroncoscopia

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

4.1.19.1 Guardar en forma Provisional

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

Al final de la página tendremos el botón 

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

Fig 75.- Ventana de identificación de usuario

4.1.19.2 Versión Provisional

En la barra azul principal se encuentra el nombre de la hoja y el estado en la que se encuentra: **provisional**.

La palabra Provisional aparecerá entre paréntesis a la derecha del nombre del informe.

Cuando la hoja de fibrobroncoscopia está recién creada o es provisional todos los campos son modificables.

Hoja de Fibrobroncoscopia (PROVISIONAL)					
Identificación del Paciente					
NHC:	9999999	Nº Episodio:	10099201	Paciente:	PRUEBA PRUEBA PRUEBA
NUHSA:	999999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CALLE SEVILLAF.C. 9 B J B
F. Nacimiento:	01/01/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA
				CP:	41

Fig 76.- Cabecera de la hoja de fibrobroncoscopia provisional

4.1.19.3 Guardar en forma Definitiva

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

Al final de la página tendremos el botón

Al pulsarlo aparecerá una ventana de “**Identificación de usuario**” (Fig 183) donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la hoja en forma definitiva.

4.1.19.4 Versión Definitiva

En la barra azul principal si no aparece la palabra "**Provisional**", el estado en la que se encuentra la hoja es: definitiva. Cuando se guarde el informe como definitivo, la fecha del informe aparecerá en la cabecera junto al nombre del informe.

A la derecha se puede encontrar un icono de una impresora, que sirve para imprimir el documento.


Identificación del Paciente			
NHC:	9999999	Nº Episodio:	10099201
NUHSA:	999999999	Tipo ingreso:	Hospitalización
F. Nacimiento:	01/01/1950	Sexo:	Mujer
Paciente:	PRUEBA PRUEBA PRUEBA		
Domicilio:	CALLE SEVILLAF 9 B J B		
Localidad:	SEVILLA	CP:	41

Fig 77.- Cabecera del informe de Fibrobronoscopia definitivo

4.1.20 Impresión y Previsualización

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

4.1.20.1 Impresión

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

Si desea más información puede acudir al capítulo 2.



Fig 78.- Ventana de impresión de documentos definitivos

4.2 Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

EM permite la creación de Hojas de Consulta de Circulación Pulmonar. Esta hoja puede crearse en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

4.2.1 Crear una nueva Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear una nueva Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear la hoja:

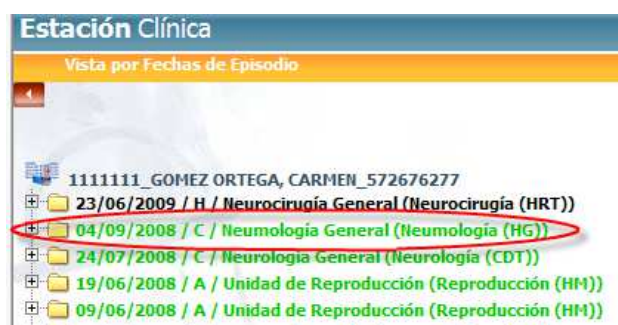


Fig 79.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio, debemos de seleccionar el menú Crear y a continuación la opción Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.

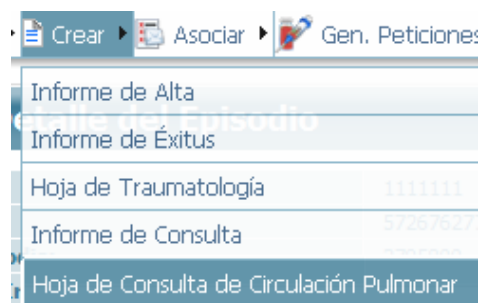


Fig 80.- Creación de Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Esta hoja contiene diferentes secciones, que se utilizan según la tipología de la enfermedad del paciente.



Fig 81.- Pestañas de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar



Se describen a continuación las diferentes secciones de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.

4.2.1.1 Sospecha TVP

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tempo de inactividad: 00:28:51

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP Seguimiento ETV Sospecha HTP Seguimiento HTP

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795800	Paciente:	CARMEN GOMEZ ORTEGA
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	ANTONIO MACHADO 19
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	PUEBLA DEL RIO (LA) CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-
Telefono:	955770183				

Procedencia:

Antecedentes familiares

Antecedentes Personales

Hipertensión arterial Sí No Diabetes Sí No

Dislipemia Sí No Insuficiencia renal Sí No

Alergias medicamentosas Sí No Enfermedades respiratorias Sí No

Enfermedades cardíacas Sí No Insuficiencia venosa crónica Sí No

Enfermedad reumatológica Sí No

Otros:

Factores de riesgo ETV

TEP o TVP previos Sí No Inmovilización > 3 días por causa médica Sí No

Traumatismo previo Sí No Cirugía previa Sí No

Férula en mm.ii Sí No Neoplasia Sí No

Embarazo-Puerperio Sí No Antecedentes familiares Sí No

Hipercoagulabilidad primaria Sí No Varices Sí No

Profilaxis antitrombótica Sí No Tratamiento hormonal Sí No

Viajes Sí No

Otros:

Factor Desencadenante:

Fig 82.- Formulario de Sospecha TVP. Parte 1



Anamnesis

Localización:

Días de evolución:

Sospecha clínica:

Exploración

Dolor Sí No Tumoración Sí No

Asimetría Sí No Edema con fovea Sí No

Venas superficiales dilatadas Sí No Diagnóstico alternativo probable Sí No

Peso: Kg

Diagnóstico alternativo:

Nivel de afectación:

Escala de Wells: Baja probabilidad

Diagnóstico

Dimeros

DD Turbidimétrico:

DD Elisa Vidas:

DD Elisa Behring:

Ecografía

Ecografía basal:

Ecografía seriada:

Eco-Doppler:

Otras pruebas:

TAC abdominal:

Flebografía:

RNM:

Juicio Clínico

Juicio clínico:

Fig 83.- Formulario de Sospecha TVP. Parte 2

Tratamiento

HBPM:

Dosis:

Otros:

Hospitalización Sí No

Recomendaciones

Uso de medias elásticas de compresión fuerte

Dieta Hipocalórica

Ejercicio físico moderado diario

Abandono del hábito de fumar (955013166)

Uso de HBPM a dosis profilácticas en situaciones de riesgo trombótico

Dieta de protección cardiovascular

Reposo relativo con la pierna elevada

En caso de disnea o dolor torácico debe acudir a urgencias del Hospital General

Tipo de Informe:

Fig 84.- Formulario de Sospecha TVP. Parte 3

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Actualizar la información almacenada.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Generar informe:** en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.

Tipo de Informe:



Sevilla, a 27/10/2009

INFORME DE ALTA DE CONSULTAS PROVISIONAL

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795800	Paciente:	
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-

Datos del informe

Fecha Ingreso:	04/09/2008	Fecha Alta:	27/10/2009
Procedencia:	Neumología General (Neumología (HG))	Destino:	-
Médico de Familia:	-	Centro de Salud Asociado:	-

Motivo de consulta

Sospecha de TVP en Miembro Inferior Derecho remitido desde

Antecedentes

Familiares:

Sin interés para Enfermedad Tromboembólica

Personales:

- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Alergias medicamentosas
- Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica: Transitorio
- TEP o TVP previos
- Traumatismo previo
- Férula en mm.ii

Enfermedad Actual

Anamnesis:

Desde hace 4 días el paciente presenta:
- Dolor
La probabilidad clínica empírica de TVP es: Baja

Juicio Clínico

Principal:

TVP confirmada

Tratamiento

HBPM: Ninguna
Dosis:
Diclofenaco 50mg/8h
Paracetamol 1gr/8h
Omeprazol 20mg/día
Uso de medias elásticas de compresión fuerte
Dieta Hipocalórica
Ejercicio físico moderado diario

Fig 85.- Ejemplo de Informe de Consulta generado a través de la Sospecha TVP



4.2.1.2 Seguimiento ETV

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

⏱ Tiempo de inactividad: 00:29:37

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP Seguimiento ETV Sospecha HTP Seguimiento HTP

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795800	Paciente:	CARMEN GOMEZ ORTEGA
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	ANTONIO MACHADO 19
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	PUEBLA DEL RIO (LA) CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-
Telefono:	955770183				

Nueva revisión

Antecedentes

Hipertensión arterial	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diabetes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Dislipemia	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Insuficiencia renal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alergias medicamentosas	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedades respiratorias	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedades cardíacas	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Insuficiencia venosa crónica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad reumatológica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

Otros:

Factores de riesgo ETV

TEP o TVP previos	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Inmovilización > 3 días por causa médica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Traumatismo previo	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cirugía previa	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Férula en mm.ii	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Neoplasia	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Embarazo-Puerperio	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Antecedentes familiares	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Hipercoagulabilidad primaria	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Varices	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Profilaxis antitrombótica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tratamiento hormonal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Viajes	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

Otros:

Factor Desencadenante: ▼

Fig 86.- Formulario de Seguimiento ETV. Parte 1



Juicio Clínico

Juicio clínico:

Clínica de TEP

TEP Sintomático Sí No

TEP Hemodinámicamente estable Sí No

Diagnóstico de TEP

Gammagrafía:

angioTAC:

Arteriografía:

Ecocardiografía:

Disfunción VD:

Tratamiento al alta/Última revisión

Tto. anticoagulante Sí No

Sintomas y signos en la revisión

Sintomas recurrentes mm.ii Sí No

Sintomas recurrentes pulmón Sí No

Sintomas sospecha HTP Sí No

Sintomas hemorrágicos Sí No

Síndrome postrombótico:

Comentarios:

Estudio de neoplasia oculta

Estudio de neoplasia oculta:

Hallazgos de neoplasia diagnosticada

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pulmon | <input type="checkbox"/> Mama |
| <input type="checkbox"/> Colon-rectal | <input type="checkbox"/> Hematológica |
| <input type="checkbox"/> Cerebral | <input type="checkbox"/> Vejiga |
| <input type="checkbox"/> Estomago | <input type="checkbox"/> Vías biliares |
| <input type="checkbox"/> Páncreas | <input type="checkbox"/> Ginecológico |
| <input type="checkbox"/> Próstata | |

Fig 87.- Formulario de Seguimiento ETV. Parte 2



Estudio de Hipercoagulabilidad

Estudio de Hipercoagulabilidad:

Ecografía compresiva de mm.ii

Ecografía revisión:

Eco-Doppler:

Pruebas complementarias

Gammagrafía:

Ecocardiografía:

Disfunción VD:

Plan de Actuación

Actitud:

Comentarios:

Otros datos de interés

Redictiva: Sí No

Hemorragia: Sí No

Fallecimiento: Sí No

Recomendaciones

- Uso de medias elásticas de compresión fuerte
- Dieta Hipocalórica
- Ejercicio físico moderado diario
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Uso de HBPM a dosis profilácticas en situaciones de riesgo trombótico

Fig 88.- Formulario de Seguimiento ETV. Parte 3

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Guardar una revisión del paciente.** Esta acción se realiza mediante el botón

Guardar Revisión

Revisión (27/10/2009). Dr./Dra. Aragon Serrano, Gustavo

Antecedentes:

Hipertensión arterial, Dislipemia, Alergias medicamentosas

Factores de riesgo ETV:

TEP o TVP previos, Traumatismo previo, Férula en mm.ii
Factor desencadenante: Transitorio

Juicio Clínico:

TVP confirmada

Clínica de TEP:

TEP Sintomático, Síncope, Disnea

Diagnóstico de TEP:

AngioTAC: No diagnóstica
Arteriografía: No diagnóstica

Tipo de Informe:

Generar Informe

Fig 89.- Revisiones de Seguimiento ETV



- **Generar informe:** para cada una de las revisiones, y en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.

Tipo de Informe:

Fig 90.- Generar un informe



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Sevilla, a 27/10/2009

INFORME CLÍNICO DE CONSULTA PROVISIONAL

Identificación del Paciente			
NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795800
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28
		Localidad:	CP: -
		Provincia:	-

Datos del informe	
Fecha 1ª Consulta:	04/09/2008
Fecha Consulta:	27/10/2009
Procedencia:	Neumología General (Neumología (HG))
Médico de Familia:	-
Fecha Alta Consulta:	-
Destino:	-
Centro Salud:	-

Motivo de Consulta
Revisión por TVP confirmada cuyo factor desencadenante fue Transitorio

Antecedentes

Familiares:
Sin interés para Enfermedad Tromboembólica

Personales:
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Alergias medicamentosas
Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica: Transitorio
- TEP o TVP previos
- Traumatismo previo
- Férula en mm.ii

Fig 91.- Ejemplo de Informe de Consulta generado a través de la Seguimiento ETV

4.2.1.3 Sospecha HTP

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:



Tiempo de inactividad: 00:29:42



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío

Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Neumología

Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP

Seguimiento ETV

Sospecha HTP

Seguimiento HTP

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795800	Paciente:	
NIHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	
NIUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-
Telefono:	955770183			CP:	-

Procedencia

Procedencia del paciente:

Antecedentes familiares

Antecedentes Personales

Hipertensión arterial Sí No Diabetes mellitus Sí No
Dislipemia Sí No Insuficiencia renal Sí No
Alergias medicamentosas Sí No Enfermedades respiratorias Sí No
Enfermedades cardíacas Sí No Insuficiencia venosa crónica Sí No
Enfermedad reumatológica Sí No

Otros:

Fig 92.- Formulario de Sospecha HTP. Parte 1



Factores de riesgo HTP

Enfermedad Tromboembólica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Infección VIH	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Fármacos y Tóxicos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Antecedentes familiares de HTP	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
HTP portal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad del corazón izquierdo	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
EPOC	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedad pulmonar intersticial	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
SAOS	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Hipoventilación alveolar	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Otros:

Anamnesis

Disnea	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Presincope	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Sincope	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Angina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Cansancio	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Distensión abdominal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Palpitaciones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Hemoptisis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fenómeno de Raynaud	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Exploración

Pruebas complementarias

Rx. de Tórax:

EKG:

Fig 93.- Formulario de Sospecha HTP. Parte 2

Datos analíticos

GOT: GGT: Bilirrubina total: Hb.: Plaquetas:
Leucocitos: Urea: Creatinina: ACL: ACA:
Serología VHB: Serología VHC: Serología VIH:
Función tiroidea: ANA: ANCA:

Ecocardiografía

Ecocardiografía:

Pruebas funcionales respiratorias

Espirometría: Volúmenes: Difusión:

PO2: PCO2: pH:
Sat O2: Pro-BNP: Test 6 minutos:
Angio-TAC:
Cateterismo cardiaco derecho:
Test de vasoreactividad:

Juicio Clínico

Juicio Clínico:

Tratamiento

Tromboendarterectomía:

Antagonista de Ca++	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sildenafil	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bosentan	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Iloprost	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
PG i.v	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	PG s.c	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Sitaxentan	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anticoagulantes orales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Oxigenoterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Otros:

Recomendaciones

- Dieta Hipocalórica
- Dieta de protección cardiovascular
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Evitar ejercicio físico intenso
- Vacunación antigripal
- Vacunación antineumocócica
- Uso de medias elásticas

Fig 94.- Formulario de Sospecha HTP. Parte 3

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Actualizar la información almacenada.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Generar informe:** en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.



Tipo de Informe:

Fig 95.- Generar informe de alta

4.2.1.4 Seguimiento HTP

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tempo de inactividad: 00:29:51

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP Seguimiento ETV Sospecha HTP **Seguimiento HTP**

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795800	Paciente:	
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	
Telefono:	955770183				

Nueva revisión

Juicio Clínico

Juicio Clínico:

Anamnesis

Evolución clínica: Igual Mejor Peor

Disnea: Sí No Presincope: Sí No

Sincope: Sí No Angina: Sí No

Cansancio: Sí No Distensión abdominal: Sí No

Palpitaciones: Sí No Tos: Sí No

Hemoptisis: Sí No Fenómeno de Raynaud: Sí No

Exploración

Fig 96.- Formulario de Seguimiento HTP. Parte 1

Datos analíticos

GOT:	<input type="text"/>	GGT:	<input type="text"/>	Bilirubina total:	<input type="text"/>	Hb.:	<input type="text"/>	Plaquetas:	<input type="text"/>
Leucodtos:	<input type="text"/>	Urea:	<input type="text"/>	Creatinina:	<input type="text"/>	ACL:	Seleccione un valor ▼	ACA:	Seleccione un valor ▼
Ecocardiografía:	Seleccione un valor ▼								
PO2:	<input type="text"/>	PCO2:	<input type="text"/>	pH:	<input type="text"/>				
Sat O2:	<input type="text"/>	Pro-BNP:	<input type="text"/>	Test 6 minutos:	<input type="text"/>				

Tratamiento

Tromboendarterectomía:	Seleccione un valor ▼								
Antagonista de Ca++	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Sildenafil	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Bosentan	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Iloprost	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
PG i.v	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	PG s.c	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Sitaxentan	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Anticoagulantes orales	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Oxigenoterapia	Sí	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>					
Otros:	<input type="text"/>								

Recomendaciones

- Dieta Hipocalórica
- Dieta de protección cardiovascular
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Evitar ejercicio físico intenso
- Vacunación antigripal
- Vacunación antineumocócica
- Uso de medias elásticas

Fig 97.- Formulario de Seguimiento HTP. Parte 2

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Guardar una revisión del paciente.** Esta acción se realiza mediante el botón

Guardar Revisión

Historial de revisiones

Revisión (27/10/2009). Dr./Dra. Aragon Serrano, Gustavo

Anamnesis:

Evolución Clínica: Igual
Disnea (Clase Funcional NYHA: II)

Recomendaciones:

Dieta Hipocalórica. Dieta de protección cardiovascular. Abandono del hábito de fumar (955013166).

Tipo de Informe: Alta ▼

Generar Informe

Fig 98.- Revisiones de Seguimiento HTP

- **Generar informe:** para cada una de las revisiones, y en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.
-



Fig 99.- Generar un informe

4.2.2 Visualización de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Una Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Hojas Especiales, dentro de Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.

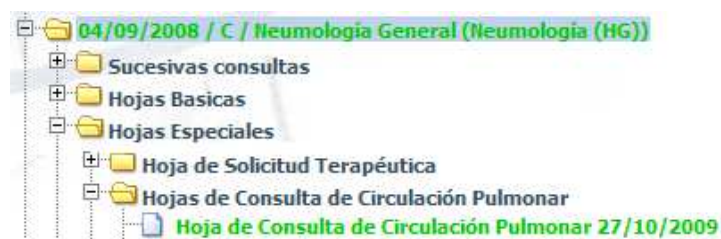


Fig 100.- Estructura de un episodio con Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Esta hoja se encuentra siempre en estado provisional y por tanto aparece de color verde en el árbol de episodios.

Para ver cada uno de los apartados que tiene la hoja tan sólo deberemos hacer clic con el ratón en la pestaña correspondiente que deseemos visualizar.



Fig 101.- Pestañas de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

4.3 Informe de Biopsia Pleural

EM permite la creación de Informe de Biopsia Pleural. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

4.3.1 Crear un nuevo Informe de Biopsia Pleural

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



Fig 102.- Creación de un Informe de Biopsia Pleural

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

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



Tempo de inactividad: 00:22:57



Informe de Biopsia Pleural (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Hombre	Localidad: SEVILLA CP: 41013
F. Nacimiento: 20/08/1986	Edad: 22	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 23/02/2009

Antecedentes

Tabaco

Exposición laboral: Seleccione

Neoplasia Previa

Cardiopatía

Hepatopatía

Nefropatía

Resumen de Anamnesis y Exploración

varón de 22 años que acude por cuadro febril detectándose en RxTx derrame pleural izquierdo.

Datos Complementarios

Radiografía Tórax / TAC

Hallazgos disponibles

Loculación
Destrucción costal
Placas pleurales
Engrosamiento pleural

[+] Agregar todos

Hallazgos seleccionados

Derrame pleural

[+] Quitar todos

Parámetros celulares y bioquímicos en el líquido pleural

pH:	7.31	Células totales:	
ADA:	57	Leucocitos:	
Glucosa:	0.7	Linfocitos:	%
LDH:	1872	Neutrófilos:	%
Proteínas totales:	52	Células mesoteliales:	%

Estudio citopatológico del líquido pleural

Empty text area for cytological study results.

Fig 103.- Formulario de Informe de Biopsia Pleural. Parte 1

Sospecha Clínica

- Pleuritis tuberculosa
Pleuritis neoplásica

Medico Explorador

-

Premedicación

1 mg de atropina im

Anestesia

lidocaina tópica

Descripcion de la técnica

bajo toracocentesis localizadora se realizan 6 biopsias pleurales

Nº de Biopsias

6

Volumen de líquido aspirado

2000 cc

Complicaciones

- Si No

Fig 104.- Formulario de Informe de Biopsia Pleural. Parte 2

Este es el formulario estándar de Biopsia Pleural. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.

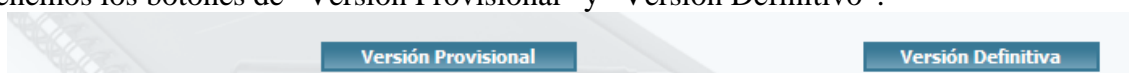


Fig 105.- Botones utilizados para guardar el Informe de Biopsia Pleural

4.4 Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

EM permite la creación de Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

4.4.1 Crear un nuevo Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Informe de Punción Pulmonar Aspirativa.



Fig 106.- Creación de un Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

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



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

Tempo de inactividad: 00:22:59

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Pruebas Funcionales Respiratorias (Bronoscopias (HG))

Informe de Punción Pulmonar Aspirativa (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Consultas	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Hombre	Localidad: SEVILLA CP: -
F. Nacimiento: 31/12/1933	Edad: 74	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 28/11/2008

Antecedentes

Tabaco
Exposición laboral: Seleccione

Neoplasia previa

Neoplasias disponibles

- Linfoma
- Mama
- Mesotelioma
- Ovario
- Pulmón

[+] Agregar todos

Neoplasias seleccionados

[+] Quitar todos

Otra neoplasia: Próstata, Hamartoma (hace 2 años).

Resumen de anamnesis y exploración

Exfumador. AdenCa. de prostata en tto hormonal sustitutivo. Diagnosticado de hamartoma hace 2 años.. En estudio por imagen de nódulo-masa a nivel de campo medio , en periferia del pulmón derecho. Se ha realizado previamente una BF con control radiológico que fue negativa.

Punción Guiada

TAC
 Ecografía

Datos Complementarios

Radiografía Tórax / TAC

Hallazgos disponibles

- Masa
- Atelectasia
- Adenopatías
- Engrosamiento pleural
- Placas pleurales

[+] Agregar todos

Hallazgos seleccionados

- Nódulo

[+] Quitar todos

Fig 107.- Formulario de Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. Parte 1

Medico Explorador

Aspectos técnicos

Tipo de Aguja
Distancia al centro de la lesión cm
Número de entradas
 Realización de extensiones
 Muestra para "botón" celular

Descripción de la técnica

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo se introduce verticalmente una aguja fina y a 6 cms se obtiene una muestra en extensiones y otra en suspensión en formol para boton celular.

Complicaciones inmediatas

Si No

Fig 108.- Formulario de Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. Parte 2

Este es el formulario estándar del Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 109.- Botones utilizados para guardar el Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

4.5 Informe de Toracoscopia

EM permite la creación de Informe de Toracoscopia. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

4.5.1 Crear un nuevo Informe de Toracoscopia

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



Fig 110.- Creación de un Informe de Toracoscopia

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

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



⌚ Tiempo de inactividad: 00:29:33

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Informe de Toracoscopia (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Mujer	Localidad: MAIRENA DEL ALJARAFE CP: -
F. Nacimiento: 15/02/1962	Edad: 46	Provincia: -

Datos del informe

Fecha Informe: 03/12/2008

Antecedentes

Tabaco
Exposición laboral: Seleccione

Neoplasia Previa

Neoplasias disponibles

- Linfoma
- Mesotelioma
- Ovario
- Pulmón

[+] Agregar todos

Neoplasias seleccionados

- Mama

[+] Quitar todos

Otra neoplasia:

Cardiopatía
 Hepatopatía
 Nefropatía

Resumen de anamnesis y exploración

Mujer de 46 años con antecedentes de Ca de mama en 1987 (tenía 25 años) sometida a cirugía, Rt y HT. En 2005 se realizó PET donde se vio afectación ganglionar, pulmonar y hepática. ha sido sometida a QT pero desde junio 2008 se revisa en la Unidad de patología Pleural por derrame pleural recidivante

Datos Complementarios

Radiografía Tórax / TAC

Hallazgos disponibles

- Loculación
- Destrucción costal
- Placas pleurales
- Engrosamiento pleural
- Masa

[+] Agregar todos

Hallazgos seleccionados

- Derrame pleural

[+] Quitar todos

Parámetros celulares y bioquímicos en el líquido pleural

pH: Células totales:
 ADA: Leucocitos:
 Glucosa: Linfocitos: %
 LDH: Neutrófilos: %
 Proteínas totales: Células mesoteliales: %

Estudio citopatológico del líquido pleural

Fig 111.- Formulario de Informe de Toracoscopia. Parte 1



Finalidad de la técnica

- Diagnóstica
- Terapéutica

Médico explorador

-
-
-

Premedicación

1 mg de atropina im y 1/2 ampolla de dolantina iv

Anestesia

lidocaina

Vía de introducción

8º-9º EICD línea media axilar

Hallazgos endoscópicos

Hemos revisado más de 2/3 de la cavidad pleural derecha. Importante afectación de la pleura parietal con nodulaciones de aspecto necrosado y de claro aspecto tumoral. La pleura diafragmática no muestra alteraciones, así como la pleura mediastínica. A nivel de la pleura visceral visualizamos pequeñas nodulaciones. Encontramos igualmente varias adherencias del LID con el diafragma. El vértice de la cavidad no lo hemos podido explorar por haber tenido que realizar una entrada baja. Realizamos talcaje con 4 mgrs de Steriltac

Nº de biopsias

6

Localización de la toma de muestras

Localizaciones disponibles

- Pleura visceral
- Pleura diafragmática
- Seno cardiofrénico
- Seno costofrénico

[+] Agregar todos

Localizaciones seleccionados

- Pleura parietal

[+] Quitar todos

Fig 112.- Formulario de Informe de Toracoscopia. Parte 2

Volumen de líquido aspirado

 cc

Instilación de talco

Sí No

Complicaciones

Sí No

Fig 113.- Formulario de Informe de Toracoscopia. Parte 3

Este es el formulario estándar del Informe de Toracoscopia. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 114.- Botones utilizados para guardar el Informe de Toracoscopia

4.6 Informe de Punción Pleural

EM permite la creación de Informe de Punción Pleural. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

4.6.1 Crear un nuevo Informe de Punción Pleural

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



Fig 115.- Creación de un Informe de Punción Pleural

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

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



Tempo de inactividad: 00:29:28



Informe de Punción Pleural (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Consultas	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Hombre	Localidad: SEVILLA CP: 41017
F. Nacimiento: 11/11/1935	Edad: 73	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 07/01/2009

Antecedentes

Tabaco

Exposicion laboral: Seleccione

Neoplasia Previa

Cardiopatía

Hepatopatía

Nefropatía

Resumen de Anamnesis y Exploración

varón de 73 años exfumador, HTA, DM, Insf renal cronica en predialisis, anemia por perdidas digestivas, ICC, FA con episodios de DP bilateral con derrame pericardico. Consulta por esputos hemoptoicos

Datos Complementarios

Radiografía Tórax / TAC

Hallazgos disponibles

Loculación
Destrucción costal
Placas pleurales
Engrosamiento pleural

[+] Agregar todos

Hallazgos seleccionados

Derrame pleural

[+] Quitar todos

Parámetros celulares y bioquímicos en el líquido pleural

pH:	<input type="text"/>	Células totales:	<input type="text"/>
ADA:	<input type="text"/>	Leucocitos:	<input type="text"/>
Glucosa:	<input type="text"/>	Linfocitos:	<input type="text"/> %
LDH:	<input type="text"/>	Neutrófilos:	<input type="text"/> %
Proteínas totales:	<input type="text"/>	Células mesoteliales:	<input type="text"/> %

Estudio citopatológico del líquido pleural

Empty text area for cytological study results.

Fig 116.- Formulario de Informe de Punción Pleural. Parte 1

Medico Explorador

Finalidad de la Toracocentesis

Diagnóstica
 Evacuadora

Premedicacion

Anestesia

Descripción de la técnica

Volumen de líquido extraído

cc

Complicaciones

Si No

Fig 117.- Formulario de Informe de Punción Pleural. Parte 2

Este es el formulario estándar del Informe de Punción Pleural. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 118.- Botones utilizados para guardar el Informe de Punción Pleural

4.7 Hoja de Sahs (Síndrome de apnea del sueño)

EM permite la creación de una hoja de SAHS. Esta hoja se puede crear en cualquier episodio, siempre y cuando éste no haya sido dado de alta.

4.7.1 Crear una nueva hoja de SAHS

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



Fig 119.- Creación de una hoja de SAHS

Al seleccionar la opción Hoja SAHS nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes campos que componen la hoja. Dicho formulario tiene dos pestañas, la pestaña de “Primera visita” y la pestaña de revisiones, tal y como se ilustra en la siguiente figura:

A screenshot of a web application form titled 'Hoja SAHS (PROVISIONAL)'. The form is divided into two tabs: 'Primera visita' and 'Revisiones'. The 'Primera visita' tab is active. The form contains a table for patient identification with the following data:

Identificación del Paciente			
NHC:	43666	Nº Episodio:	1767
NUHSA:	AN0095425163	Tipo ingreso:	Hospitalización
NUSS:	11/1004758451	Sexo:	Hombre
F. Nacimiento:	08/09/1975	Edad:	35
Telefono:	956183102		

Additional fields on the right side of the form include: Paciente: GUSTAVO ARAGON RAMIREZ, Domicilio: CL/ PADRE FIDEL S, Localidad: Jerez de la Frontera, CP: 11407, and Provincia: Cádiz.

Fig 120.- Pestañas de la hoja SAHS

4.7.2 Pestaña de Primera visita

Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.



Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos. En la siguiente ilustración se mostrarán todos y cada uno de los parámetros que componen la hoja:

Tempo de inactividad: 00:27:52

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

H Virgen de Valme
Dirección Valme - 955.01.20.00
Cardiología (Cardiología (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

Hoja SAHS (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	43643	Nº Episodio:	1757	Paciente:	JUAN LUIS RODRIGUEZ VALERO
NUHA:	AN0019869742	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/LOS LLANOS 11,
NUSS:	04/00+0001803	Sexo:	Hombre	Localidad:	Antas CP: 4628
F. Nacimiento:	21/09/1974	Edad:	36	Provincia:	Almería
Telefono:	-				

Primera visita | Revisiones

Datos de la Hoja

Zona Básica de Salud: **Area Hosp.:** Seleccione un valor

Médico: Seleccione un valor **Consulta:** Seleccione un valor

Fecha: **Identificación:**

Procedencia petición: Seleccione un valor

Antecedentes Familiares

Antecedentes de cardiopatía/AVC: Seleccione un valor

SAHS diagnosticado: Seleccione un valor

Otros

Antecedentes Personales

Situación Laboral

Profesión: Otra profesión de riesgo: Seleccione un valor

Situación Laboral: Seleccione un valor

Accidentes laborales por HS: Sí No

¿Conduce?: Seleccione un valor

Tabaquismo y Alcohol

Tabaquismo

Alcohol

Antecedentes quirúrgicos

Intervenciones quirúrgicas: Sí No

Antecedentes cardiovasculares

HTA: Sí No

AVC: Sí No

Cardiopatía: Sí No

Antecedentes Misceláneos

Dislipemia: Sí No

Hiperuricemia: Sí No

Diabetes: Sí No

Alergia a Fármacos: Sí No

Menopausia: Sí No

Depresión: Sí No

Depresión antes de menopausia:

Otros:

Fig 121.- Pestaña de la primera visita de la hoja SAHS parte 1



Antecedentes Respiratorios
Antecedentes Respiratorios Sí No

Obesidad
Obesidad Sí No
¿Ha oscilado el peso en los últimos cinco años? Sí No

Tratamientos previos
Tratamientos previos Sí No

Síntomas Actuales

Acude a la consulta
¿Recogidos con la pareja? Sí No
Motivo de consulta

Nocturnos

Ronquidos
Pausas respir. observadas
Despertares con asfixia Sí No
Despertares con reflujo Sí No
Despertares frecuentes Sí No
Nicturia Sí No
Insomnio
Mov. Period. brazos/piernas
Otros Sí No

Diurnos

Hipersomnolencia <input type="text" value="Seleccione un valor"/>	Dism. capacidad de concent. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
EPWORTH <input type="text"/>	Dism. de la memoria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Nº horas sueño/día laborable <input type="text"/> festivo <input type="text"/>	Cambios de carácter <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Nº horas siesta/día <input type="text"/>	Irritabilidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Nº siestas/semana <input type="text"/>	Cansancio al levantarse <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Sueño <input type="text" value="Seleccione un valor"/>	Astenia durante el día <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cefaleas matutinas/nocturnas <input type="text" value="Seleccione un valor"/>	Disminución impulso sexual <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Impotencia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Otros Síntomas Diurnos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Síntomas de narcolepsia
Síntomas de narcolepsia Sí No

Otros síntomas

Fig 122.- Pestaña de la primera visita de la hoja SAHS parte 2



Exploración física

Talla (m) Peso (kg) IMC(BMI)

General

TAS TAD

Circunf. del cuello cm Retrognatia Sí No

Circunf. de la cintura cm Micrognatia Sí No

Circunf. de la cadera cm Ángulo cervicofacial obtuso Sí No

Rel. cintura/cadera Maloclusión Dentaria Sí No

Saturación de Oxígeno % Exploración ORL Sí No

AR

AC

Otros datos

Exploraciones solicitadas

Estudio del Sueño Sí No

Peticiones

Peticiones posibles

- Análítica General
- Radiografía Torax
- Hoja de Consulta a ORL
- Hoja de Consulta a Endocrino
- Hoja de Consulta a Neurofisiología
- Espirometría
- Gasometría Arterial
- Rx Senos Parasales

+ agregar todos

Peticiones seleccionadas

- quitar todos

Exploraciones complementarias

Bioq. general

Consta Sí No

Bioq. hepática

Consta Sí No

Diagnósticos

Diagnósticos posibles

- Alta probabilidad SAHS
- Media probabilidad SAHS
- Baja probabilidad SAHS
- Obesidad
- EPOC
- Sínd. Hipovent- obesid.
- Tabaquismo

+ agregar todos

Diagnósticos seleccionados

- quitar todos

Tratamiento indicado

CPAP Sí No

Observaciones

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 123.- Pestaña de la primera visita de la hoja SAHS parte 3



4.7.3 Pestaña de Revisiones

La Hoja de SAHS consta de una pestaña para guardar las distintas revisiones que se le van realizando al paciente, el formulario a rellenar en esta pestaña es exactamente el mismo que en la primera pestaña. Existirán dos botones, uno para realizar una nueva revisión y otro para visualizarlas. A continuación se mostrará el modo de explorar las distintas revisiones que podrá tener la hoja una vez que éstas se han guardado.

Hoja SAHS (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

IHC: 9999999	Nº Episodio: 9695631	Paciente: MARIA ANDALUZ ANDALUZA
NUHSA: 99999999	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio: CLAVEL 21
NUSS: 41/003620999999	Sexo: Mujer	Localidad: OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento: 26/09/1978	Edad: 31	Provincia: SEVILLA
Telefono: 954776424		

Primera visita **Revisiones**

Nueva Revisión Ver Todas

2ª Revisión

Revisión realizada por: Ordóñez Benavente, Rafael
Fecha: 22/09/2010

Datos Generales
Médico: Carmen Carmona Bernal
Procedencia petición: Medicina Interna

Antecedentes familiares
Antecedentes de cardiopatía/AVC: No
SAHS diagnosticado: Sí

Antecedentes Personales

Situación Laboral
Situación Laboral: Baja laboral Causa: causa
¿Conduce?: No

Tabaquismo y Alcohol
Tabaquismo: Sí Ex Fumador Años sin fumar: 11 Años fumando: 12 Cig / día: 1 Paquetes año: 219,00

Tratamientos previos
Tratamientos previos: Sí
CPAP/BIPAP: No
Sedantes/relaj. musc.: No
Hipolipemiantes: Sí asdasds

Síntomas

Síntomas de narcolepsia
Síntomas de narcolepsia: Sí
Parálisis de sueño: Sí
Cataplejía: Sí

Exploraciones solicitadas

Peticiones
Hoja de Consulta a Endocrino, Hoja de Consulta a ORL

Diagnósticos
Baja probabilidad SAHS, Media probabilidad SAHS

Modificaciones del tratamiento
Modificación: Sí
Introducción del tratamiento con CPAP: Sí
Otras Recomendaciones: Sí
Otras Recomendaciones

Fig 124.- Navegación por las distintas revisiones de la hoja SAHS

4.8 Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio

EM permite la creación de la Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

4.8.1 Crear una nueva Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio

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

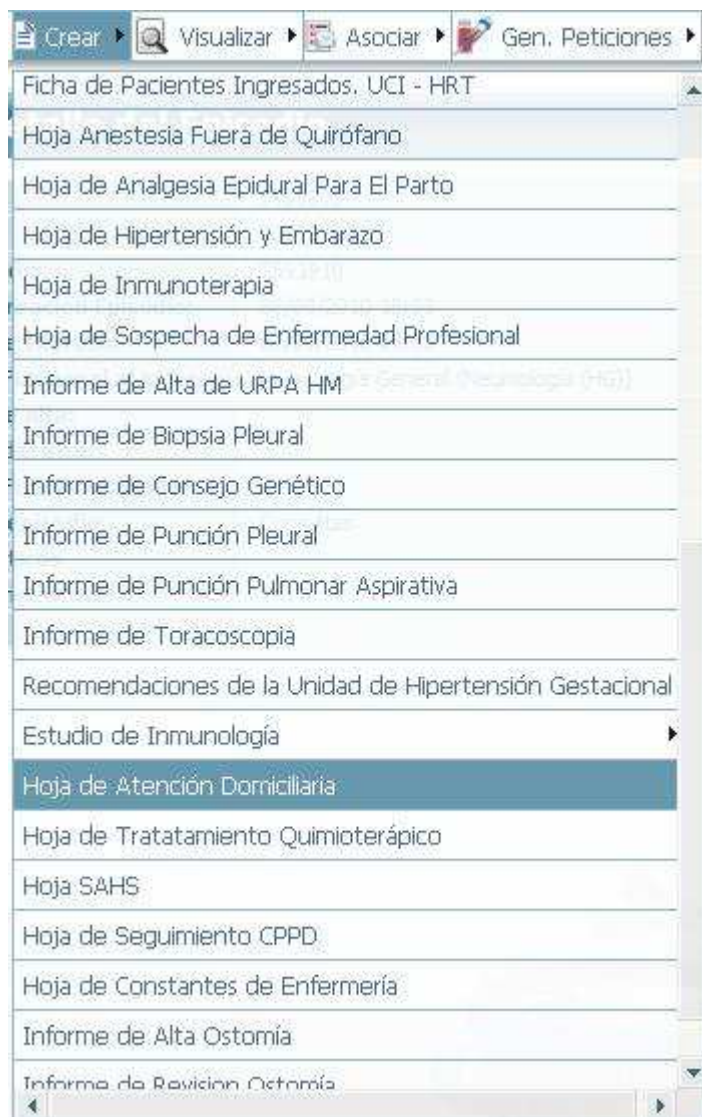


Fig 125.- Creación de Hoja de de atención Domiciliaria de Respiratorio

Una Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio también puede realizarse/consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la vista Informes y estudios, dentro de la carpeta Hojas de Atención Domiciliaria.

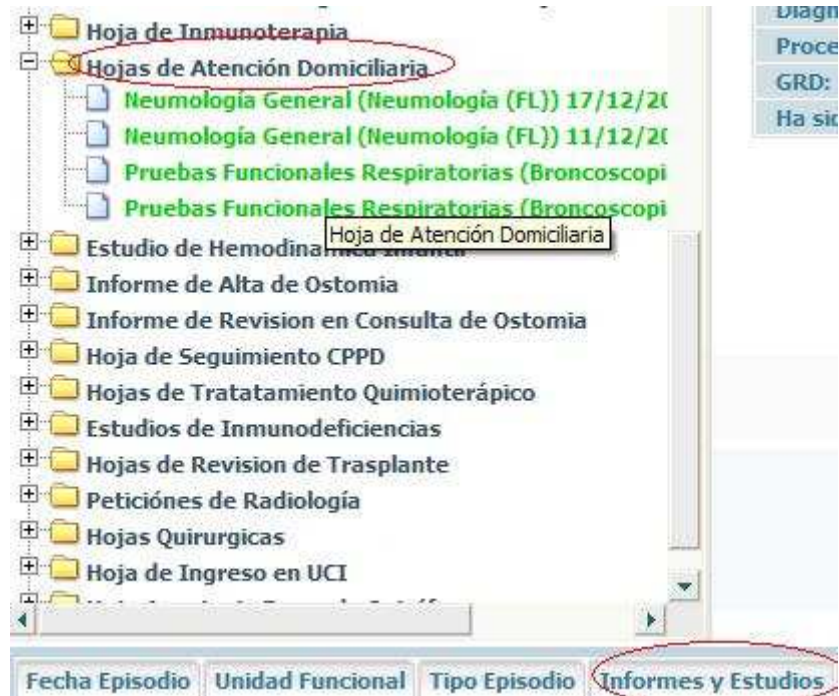


Fig 126.- Estructura Informes y Estudios de Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio

Al seleccionar Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio aparecerá en la parte derecha un formulario con dos pestañas, que se irán viendo cada una en detalle en los siguientes apartados.

4.8.2 Pestaña Nuevo Proceso

En esta pestaña se encuentra el formulario de ingreso de un nuevo proceso. En él se podrá introducir una serie de datos iniciales del paciente, así como una serie de campos para antecedentes, evolución, otras pruebas, tratamiento...

Otras Pruebas Complementarias y Comentarios

Gasometría inicial PO ₂ : <input type="text"/> mmHg PCO ₂ : <input type="text"/> mmHg Ph: <input type="text"/> Sat: <input type="text"/> %	Gasometría de control PO ₂ : <input type="text"/> mmHg PCO ₂ : <input type="text"/> mmHg Ph: <input type="text"/> Sat: <input type="text"/> %
Espirometría inicial <input type="checkbox"/> Basal CVF: <input type="text"/> % FEV1: <input type="text"/> % FEV1 %: <input type="text"/> % MMEF: <input type="text"/> % Peso (kg): <input type="text"/> Talla (m): <input type="text"/> <input type="text"/>	Espirometría de control <input type="checkbox"/> Basal CVF: <input type="text"/> % FEV1: <input type="text"/> % FEV1 %: <input type="text"/> % MMEF: <input type="text"/> %

Juicio Clínico

Tratamiento

el tratamiento...

Terapias Domiciliares

Aerosolterapia

Compresor:

Nebulizador

Medicación:

Suero fisiológico: Sí No Broncodilatadores: Sí No Corticoides: Sí No

Tº de nebulización: minutos

Higiene: Correcta Incorrecta

Técnica: Correcta Incorrecta

Oxigenoterapia

Dispositivos de presión positiva

Derivación:

Fecha:

Fig 128.- Formulario de la pestaña Nuevo Proceso. Parte 2

Una vez relleno el formulario, al hacer clic en el botón , éste se nos mostrará en la siguiente pestaña:

4.8.3 Pestaña Procesos

En esta pestaña tendremos acceso a todos los procesos guardados.



Hoja de Atención Domiciliaria (PROVISIONAL)

Nuevo Proceso Procesos

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	0479705	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZ
MUHA:	985791945	Tipo ingreso:	Hospitalizacion	Domicilio:	-
MUSS:	41/1092822231	Sexo:	Mujer	Localidad:	- CP: -
F. Nacimiento:	31/08/2003	Edad:	6	Provincia:	Desconocido

Nuevo Proceso Ver último Proceso

3º Proceso

Proceso realizado por: Carretero Ruiz, Jose Maria

Datos de la hoja

Teléfonos: 1234567,

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Cultivos de esputo

Fecha	Prueba	Resultado del cultivo
04/07/2009	CULTIVO AER/OBIO	Se aísla Stenotrophomonas maltophilia
04/07/2008	CULTIVO DE HONGOS	Se aísla Levaduras spp

Evolución

Evolución clínica: Igual

- 1.) ¿Como se encuentra? Mejor
- 2.) Fiebre termometrada: Si Temperatura: 23,0 ºC
- 3.) Tos: Si, Cantidad: Menos
- 4.) Expectोरación: Si, Cantidad: Igual
Característica: Purulento
- 5.) Disnea: Si, Cantidad: Menos, Grado: a moderados esfuerzos
- 6.) Pitos: Si

Cumplimiento del tratamiento: Regular

Efectos indeseables: Si

Técnica inhalada correcta: Si

Mala técnica: Si

Terapias Domiciliarias

* Aerosolterapia

- Compresor: AC 2000

- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

No usa la cámara, No mantiene la inspiración, Flujo inspiratorio insuficiente, Dispositivo inadecuado

Otras Pruebas Complementarias y Comentarios

Espirometría inicial:

Basal

Espirometría de control:

Basal

Peso: 12.00 kg. Talla: 12.00 m.

Tratamiento

Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico Generar informe

Fig 129.- Pestaña Procesos. Parte 1

2º Proceso

Proceso realizado por: Aragon Serrano, Gustavo

Datos de la hoja
Teléfonos: 1234567.

Antecedentes
Familiares:
Personales:

Cultivos de esputo

Fecha	Prueba	Resultado del cultivo
04/07/2008	CULTIVO AEROBIO	Se aísla Stenotrophomonas maltophilia
04/07/2008	CULTIVO DE HONGOS	Se aísla Levaduras spp

Evolución
1.) ¿Como se encuentra? Peor
2.) Fiebre termometrada: No
3.) Tos: No, Cantidad:
4.) Expectoracion: No, Cantidad:
5.) Disnea: No, Cantidad:
6.) Pitos: No
Terapias Domiciliarias
* Aerosolterapia
- Compresor: AC 2000
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

Tratamiento
Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

1º Proceso

Proceso realizado por: Aragon Serrano, Gustavo

Datos de la hoja
Fecha Procedencia: 15/10/2009. Teléfonos: 955013301.
Procedencia: Atencion Domiciliaria.

Agudizaciones en el año previo

Nº de urgencias: 1	CARE: 2	Nº de ingresos: 3	Nº pautas de antibióticos: 4	Nº de pautas de corticoides: 5
--------------------	---------	-------------------	------------------------------	--------------------------------

Antecedentes
Familiares:
Personales:

Evolución
Evolución clínica: Muy favorable
1.) ¿Como se encuentra? Asintomático
2.) Fiebre termometrada: Si Temperatura: 37,8 ºC
3.) Tos: No, Cantidad:
4.) Expectoracion: No, Cantidad:
5.) Disnea: No, Cantidad:
6.) Pitos: No
Terapias Domiciliarias
* Aerosolterapia
- Compresor: AC 2000
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

Tratamiento
Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

Fig 130.- Pestaña Procesos. Parte 2

Para la creación de informes de cada proceso hacemos clic en el botón y se nos abrirá la siguiente ventana:



Hoja de Atención Domicili... [+]

Característica: Purulento
5.) Disnea: Si, Cantidad: Menos, Grado: a moderados esfuerzos
6.) Pitos: Si
Cumplimiento del tratamiento: Regular
Efectos indeseables: Si
Técnica inhalada correcta: Si
Mala técnica: Si
Terapias Domiciliarias
* Aerosolterapia
- Compresor: AC 2000
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA
No usa la cámara, No mantiene la inspiración, Flujo inspiratorio insuficiente, Dispositivo inadecuado

Otras Pruebas Complementarias y Comentarios

Espirometría inicial:

Basal

Espirometría de control:

Basal

Peso: 12.00 kg. Talla: 12.00 m.

Tratamiento

Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

Generar informe

Fig 131.- Generar informe

Pulsando otra vez en el botón **Generar informe** se nos abre el formulario de creación del informe del proceso elegido.



Informe clínico de Consulta (PROVISIONAL) Mis Plantillas Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	0479705	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	985791945	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	-
NUSS:	41/1092822231	Sexo:	Mujer	Localidad:	-
F. Nacimiento:	31/08/2003	Edad:	4	CP:	-
		Provincia:	Desconocido		

Datos del informe

Fecha 1ª Consulta:	31/03/2008	Fecha Alta Consulta:	
Fecha Consulta:	27 / 09 / 2010	Destino:	
Procedencia:	Unidad de Politraumatizados (UCI Polivalente (HRT))	Centro Salud:	-
Médico de Familia:	-		

Motivo de Consulta

Hemos seguido la evolución de este paciente procedente de , donde fue atendido el día por .

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Personales:

Cultivos de esputo:
04/07/2008 - CULTIVO AEROBIO - - Se aísla Stenotrophomonas maltophilia.
04/07/2008 - CULTIVO DE HONGOS - - Se aísla Levaduras spp.

Enfermedad Actual

Anamnesis:

Evolución clínica: El paciente se encuentra igual con respecto al control anterior.
Actualmente, presenta fiebre termometrada de 38 °C, tos en Menos cuantía, Igual expectoración de carácter Purulento, Menos disnea a moderados esfuerzos y pitos en el pecho.
Cumplimiento del tratamiento: Regular.
Técnica inhalada correcta: Sí.
Mala Técnica: No usa la cámara. No mantiene la inspiración. Flujo inspiratorio insuficiente. Dispositivo inadecuado.

Exploración:

Pruebas Complementarias

Evolución y curso Clínico

Fig 132.- Formulario de Generar Informe. Parte 1

Juicio Clínico

Principal:

Secundarios:

a.:

b.:

Tratamiento

Terapias Domiciliares
- Aerosolterapia
- Compresor: AC 2000
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

Plan de Actuación

Revisiones

Firmas adicionales

Guardar Plantilla Versión Provisional Versión Definitiva

Nota generica para todos
Documento oficial expedido por el HUVR

Fig 133.- Formulario de Generar Informe. Parte 2

4.9 Hoja de Sospecha de enfermedad profesional

EM permite la creación de la Hoja de Sospecha de enfermedad profesional. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

4.9.1 Crear una nueva Hoja de Sospecha de enfermedad profesional

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

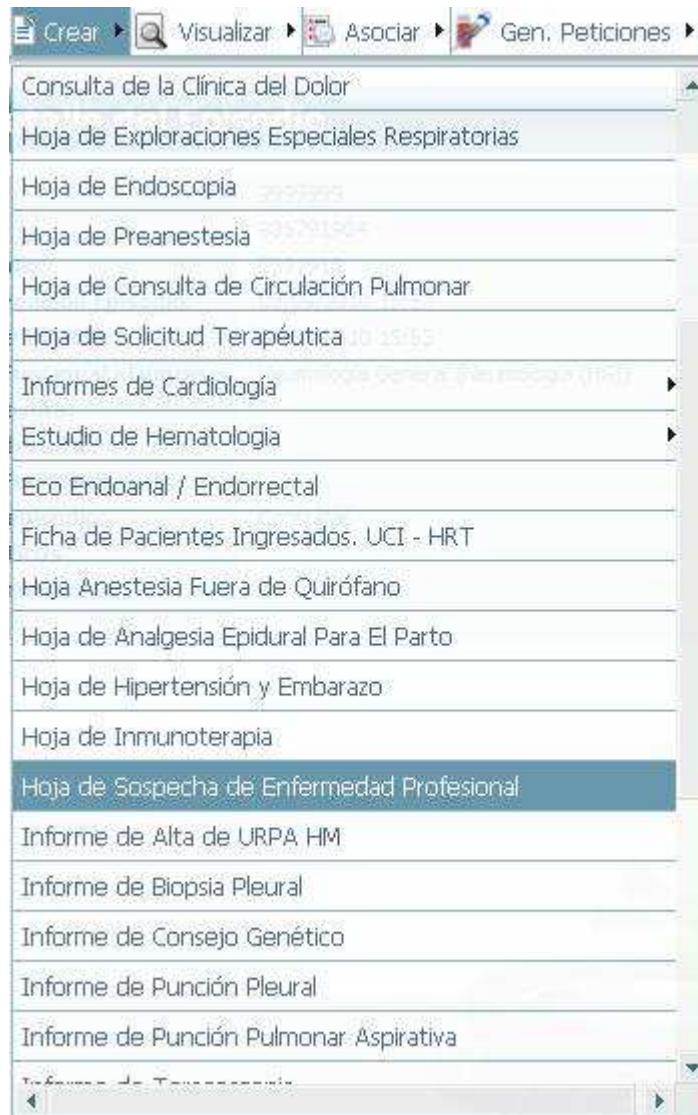


Fig 134.- Hoja de Sospecha de enfermedad profesional

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

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



Hoja de Sospecha de Enfermedad Profesional (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

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

Datos del informe

Fecha Informe: 27/09/2010

Situación laboral del paciente

Teléfonos de contacto del paciente:

Situación laboral: Desempleado

Motivos de sospecha de enfermedad profesional

Diagnóstico literal de la enfermedad: Berilosis

Código CIE - 9: 503

Otros códigos CIE:

- 002.1 - FIEBRE PARATIFOIDEA A
- 002.2 - FIEBRE PARATIFOIDEA B
- 002.3 - FIEBRE PARATIFOIDEA C
- 002.9 - FIEBRE PARATIFOIDEA SIN ESPECIFICAR
- 003 - OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA
- 003.0 - GASTROENTERITIS POR SALMONELLA
- 003.1 - SEPTICEMIA POR SALMONELLA

001 - COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE
002.3 - FIEBRE PARATIFOIDEA C
003 - OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA

Parte del cuerpo afectada: Pulmón

Tipo de asistencia dispensada: Hospitalaria

Posible agente causante:

Fig 135.- Formulario de Hoja de Sospecha de enfermedad profesional. Parte 1

Enfermedad Profesional originada por:

Agentes químicos:

Agentes físicos:

Agentes biológicos:

Inhalación de sustancias y agentes no recogidos en otros apartados:

Enfermedades de la piel no recogidas en otros apartados:

Agentes carcinogénicos:

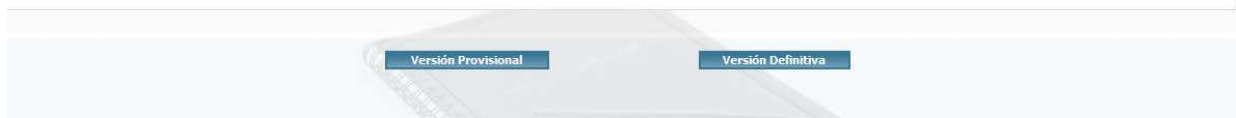


Fig 136.- Formulario de Hoja de Sospecha de enfermedad profesional. Parte 2

5 Unidad Clínica de Rehabilitación

A continuación se mostrarán todas las hojas de la unidad de Rehabilitación.

5.1 Hoja de Anamnesis de Lesión Medular

EM permite la creación de la Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Rehabilitación.

5.1.1 Crear un nueva Hoja de Anamnesis de Lesión Medular

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



Fig 137.- Creación de una Hoja de Anamnesis

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



ASOCIAR Tempo de inactividad: 00:29:40

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Surot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Unidad de Rehabilitación Neurológica (Paraplégicos (HRT))

Hoja de Anamnesis de Lesión Medular (PROVISIONAL)
Mis Plantillas

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio:
NUSS: 41/1002473733	Sexo: Mujer	Localidad: TRIGUEROS CP: 21620
F. Nacimiento: 02/08/1929	Edad: 79	Provincia: HUELVA

Datos del informe

Fecha Informe: 09/06/2009

Datos de la Hoja

Datos sociodemográficos

Profesión:

N Educación: Seleccione

Datos socio/familiares

Apoyo familiar: Seleccione

Cuidador principal: Sí No

Vivienda: Seleccione

Situación laboral:

Situación al Alta

Fecha Alta Hospitalaria:

Destino al alta:

Motivo de Ingreso

Mujer de 79 años que ingresa procedente del Servicio de Traumatología del H. Juan Ramón Jiménez (Huelva).

Procedencia: Otros

Antecedentes

Familiares

Personales

- No alergias medicamentosas.
- HTA en tratamiento con Logimax 5/50 un comprimido en desayuno y Co-vaals Forte 1 comprimido en cena.
- Anemia perniciosa en tratamiento con un vial im de vitamina B12 1000 unidades/semana.
- Artritis de rodilla derecha y sepsis secundaria hace 10 años.
- Vejiga de urgencia en tratamiento con anticolinérgicos.
- Intervenciones quirúrgicas: hernia inguinal derecha hace 11 años, fistula anal hace 40 años y prótesis de ambas rodillas.

Enfermedad Actual

Tipo de accidente:

Tipos disponibles

- Accidente de moto
- Accidente deportivo
- Accidente laboral
- Atropello
- Caida

Tipos seleccionados

Otros: Anestesia epidural

Fecha: 23/05/2008

Traslado: Otros Hospital Juan Ramon Jimenez, Huelva

Fig 138.- Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 1



Anamnesis

Mujer de 79 años, que sufre caída accidental el 18/05/09, ingresando en el H. Juan Ramón Jiménez, donde se diagnosticó de fractura subcapital de cadera izquierda. El 23/05/09, se interviene quirúrgicamente con anestesia epidural, colocándose prótesis parcial cementada. En la madrugada del 24/05/09, comienza con dolor lumbar; el 25/05/09, desarrolla ileo paralítico, que se valora como post-quirúrgico. Durante este día comienza con dificultad progresiva para movilizar miembros inferiores y sensación de acorchamiento. En la exploración se constata nivel sensitivo T11 y plejía de miembros inferiores. Se instauró tratamiento con corticoides iv, no pudiéndose realizar RMN por la intervención de cadera. Se realiza TAC, con imagen sugestiva de hematoma epidural T12-L5. Es intervenida por Neurocirujía, encontrando hematoma subdural en cara anterior de médula.

Lesión Neurológica inicial:

Nivel sensitivo T11 y plejía de miembros inferiores.

Clasificación de ASIA: A

Lesiones vertebrales:

Lesiones asociadas:

Estancia en UCI

GCS inicial:

Traqueostomía Fecha:

Vent. Mecánica Duración días:

Inestab. Hemodinámica

Intervención quirúrgica: Fecha:

oooooooo

Evolución en UCI

Ingreso en planta de Neurorehabilitación

Fecha:

Exploración Física

Inspección

pppppp

Estado de la piel

UCP Localización: Diámetro: Grado:

Localización	Diámetro	Grado

Exploración Cardiorrespiratoria

pppppp

Abdomen

Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 2



Exploracion Neurológica

pppppp

Exploración de Miembros inferiores

pppppp

Movilidad articular

Exploración Neurológica Lesión Medular (ASIA)

Nivel Neurológico

- Sensitivo

Dcho

L1

Izq

L4

- Motor

L1

L1

Zona Preservación Parcial

- Sensitivo Derecho

desde

Seleccione

hasta

Seleccione

- Sensitivo Izquierdo

desde

Seleccione

hasta

Seleccione

- Motor Derecho

desde

Seleccione

hasta

Seleccione

- Motor Izquierdo

desde

Seleccione

hasta

Seleccione

Sensación anal

Si No

Contracción anal voluntaria

Si No

Completo Incompleto

Escala ASIA

Seleccione



Índice Motor

Derecho



Izquierdo



Total:

Índice Sens. Táctil

Derecho



Izquierdo



Total:

Índice Sens. Algésica

Derecho



Izquierdo



Total:

Calcular Totales

Nivel funcional

FIM Inicial: +

Pruebas Complementarias

nnnnnnn

Intervenciones Quirúrgicas / Procedimientos

Borrar
Borrar Todos

Fig 139.- Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 3

Juicio Clínico

Juicio Clínico Principal

lesion medular

Borrar
Borrar Todos

Juicio Clínico Secundario

Borrar
Borrar Todos

Plan de Actuación

Fig 140.- Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 4

Este es el formulario estándar de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”.



Fig 141.- Botones utilizados para guardar la Hoja de Anamnesis de Lesión Medular

5.2 Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido

EM permite la creación de la Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Rehabilitación.

5.2.1 Crear una nueva Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido

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



Fig 142.- Creación de una Hoja de Anamnesis

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.



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

ASOCIAR Tiempo de inactividad: 00:29:33

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Unidad de Rehabilitación Neurológica (Paraplégicos (HRT))

Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido (PROVISIONAL) Mis Plantillas

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Consultas	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Mujer	Localidad: GELVES CP: 41120
F. Nacimiento: 25/11/1924	Edad: 84	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 01/12/2008

Datos de la Hoja

Datos sociodemográficos

Profesión:

N Educación:

Datos socio/familiares

Apoyo familiar:

Cuidador principal: Sí No

Vivienda:

Situación laboral:

Motivo de Ingreso

Procedencia:

Antecedentes

Familiares

Personales

- NAMC.
- HTA.
- Buena calidad de vida.
- Tto habitual: Codiován.

Ictus previos

Estado funcional/cognitivo previo

Normal. Vida independiente.

Fig 143.- Formulario de Hoja de Daño Cerebral Adquirido. Parte 1

Exploración neuromotora

Escala Rappaport: +

Exploración Neurológica General

Índice motor:

-Miembro Superior	Derecho	<input type="text"/> +	Izquierdo	<input type="text"/> +
-Miembro Inferior	Derecho	<input type="text"/> +	Izquierdo	<input type="text"/> +
-Índice Motor Total	Derecho	<input type="text"/>	Izquierdo	<input type="text"/>

Calcular I. Motor Global

Escala NHISS: +

Lenguaje y comunicación:

Normal. 26

Exploración cognitiva

Test MEC: 27 +

Test Galveston de Orientación y Amnesia (GOAT): +

Escala Rancho los Amigos: Seleccione ?

Nivel funcional

FIM Inicial: 45 +

Pruebas Complementarias

Intervenciones Quirúrgicas / Procedimientos

Borrar
Borrar Todos

Juicio Clínico

Juicio Clínico Principal

hemiparesia derecha.

Borrar
Borrar Todos

Fig 145.- Formulario de Hoja de Daño Cerebral Adquirido. Parte 3

Fig 146.- Formulario de Hoja de Daño Cerebral Adquirido. Parte 4

Este es el formulario estándar de Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 147.- Botones utilizados para guardar la Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido

5.3 Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda

EM permite la creación del Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Rehabilitación.

5.3.1 Crear un nuevo Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda

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



Fig 148.- Creación de una Hoja de Anamnesis

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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

Protocolo de anamnesis para dolor de espalda

Identificación del Paciente

NHC:	XXX	Nº Episodio:	XXX	Paciente:	XXX		
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	XXX	Domicilio:	XXX		
NUSS:	XXX	Sexo:	-	Localidad:	XXX	CP:	XXX
F. Nacimiento:	XXX	Edad:	XXX	Provincia:	XXX		

Datos del informe

Fecha Informe:

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Motivo de Consulta

Duración

Inicio

Episodios previos Sí No

Ritmo Mañana
 Tarde
 Noche
 Continuo
 Con actividad
 Otros

Periodicidad

Localización

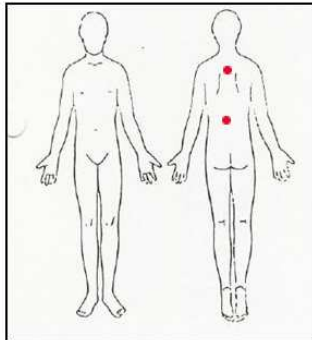


Fig 149.- Formulario de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Parte 1

Pruebas Complementarias

Juicio Clínico

Plan de Actuación

Fig 152.- Formulario de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Parte 4

Este es el formulario estándar de Protocolo de anamnesis de dolor de espalda. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”.



Fig 153.- Botones utilizados para guardar el Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda

6 Unidad de Digestivo

A continuación se detallarán todas las hojas que pertenecen a la unidad de digestivo.

6.1 Hoja de Endoscopia

EM permite la gestión de la hoja de endoscopia. La hoja de endoscopia es aquella donde el personal sanitario anota la evolución que presenta un paciente respecto a un proceso endoscópico. Esta hoja tan solo puede ser creada en episodios de **consulta** y episodios de **hospitalización del servicio de Aparato Digestivo**.

La hoja podrá estar almacenada como provisional o definitiva, viéndose en el árbol de color **verde** si se encuentra almacenada como *provisional* o en color **negro** en *definitiva*, al hacer clic con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre de la hoja de endoscopia se abrirá a la derecha de la pantalla.



6.1.1 Creación de una hoja de endoscopia

Para la creación de una nueva hoja de endoscopia el usuario debe hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio, que solamente podrá ser de **consulta** o de **hospitalización de Aparato Digestivo**. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones, y en el, aparecerá la opción "**Crear**", que se trata de un menú desplegable. En este menú además de contener otras opciones de creación existe "**Hoja de Endoscopia**".



Fig 154.- Opción para crear una nueva Hoja de Endoscopia

A esta acción le seguirá la creación de una hoja de endoscopia en blanco, lista para añadir información.

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



6.1.2 Formulario Estándar de la hoja de endoscopia

Cuando seleccionamos crear una Hoja de Endoscopia en el menú explicado en el punto anterior, se creará una hoja en blanco, lista para añadir información. Dicha hoja tendrá el siguiente aspecto:

Timeo de inactividad: 00:19:27

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

Hoja de Endoscopia (PROVISIONAL)

Mis Plantillas

Identificación del Paciente

NHC:	1067634	Nº Episodio:	1206648	Paciente:	MANUELA ANDALUZ ANDALUZ		
NUHSA:	505162762	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	MADRE PURISIMA BLOQ 1 4º C		
F. Nacimiento:	07/04/1939	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA	CP:	41013
				Provincia:	SEVILLA		

Datos de la Hoja

Indicación y Datos de Procedencia

Fecha Hoja: 11 / 10 / 2006 08 : 58 Id. Hoja: 276

Exploración Solicitada: **Icono de Calendario**

Objetivo Exploración:

Tipo de Exploración que Solicitamos

Tratamiento Endoscópico:

Carácter:

Síntoma:

Centro Procedencia: Médico: Ingresado en:

Datos de la Exploración

Exploración Realizada: Endoscopio:

Regiones Exploradas:

Premedicación General: - Dolantin
- Valium

Tolerancia: Realizada en: Sala Normal (Mañana)

Se hace tratamiento endoscópico:

Se debe ingresar:

Códigos Diagnósticos

Añadir clave endoscópica: **Abre un nuevo menú de Datos Complementarios**

Clinica

Abre una nueva pantalla para añadir claves

Análisis

Radiología

Juicio Clínico

Afección causante del ingreso del hospital

Informe

Juicio Endoscópico

Histología

Aspectos de Interés

Firmas

Autor: dmr garagon Ayudante:

ATS: Auxiliar:

Guarda la hoja como Provisional

Guarda la hoja como Definitiva

Guardar Plantilla Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 155.- Hoja de Endoscopia en versión Provisional

Alguna información de nuestro informe se rellena automáticamente copiando los datos de la última hoja de endoscopia rellena por el Autor de la hoja.

Estos datos son: los nombres relacionados con las Firmas (Autor, Ayudante, Auxiliar y ATS) y el campo Premedicación General dentro de Datos de la Exploración.

Si seleccionamos el campo llamado 'Añadir Datos Complementarios', se despliegan nuevos campos relacionados con datos complementarios.

En la siguiente imagen podemos visualizar el aspecto de dicha parte de la hoja en el caso de que seleccionemos la casilla correspondiente.

The screenshot shows a web form titled "Datos de la Exploración". It contains several sections: "Exploración Realizada:" with a dropdown menu; "Regiones Exploradas:" with a text input field; "Premedicación General:" with a dropdown menu showing "- Dolantin" and "- Valium"; "Tolerancia:" with a dropdown menu; "Se hace tratamiento endoscópico:" with a checkbox; "Realizada en:" with a dropdown menu showing "Sala Normal (Mañana)"; "Se debe ingresar:" with a checkbox; "Añadir Datos Complementarios:" with a checked checkbox; "Premedicación Específica:" with a dropdown menu; "Complicación:" with a text input field; "Interés del caso:" with a dropdown menu; "Comunicar el caso:" with a dropdown menu; and "Caso problema:" with a checkbox. A red circle highlights the checked "Añadir Datos Complementarios" checkbox. A red arrow points from this checkbox to a red-bordered box labeled "Campo seleccionado" which points to the "Premedicación General" dropdown. Another red-bordered box labeled "Nuevos campos" points to a red-bordered area containing the "Complicación:", "Interés del caso:", "Comunicar el caso:", and "Caso problema:" fields.

Fig 156.- Nuevos campos para Añadir Datos Complementarios

Si pulsamos sobre 'Añadir Clave Endoscópica', dentro del apartado 'Códigos Diagnósticos', se nos abre una pantalla en la cual podremos seleccionar los datos de una nueva clave endoscópica. La nueva pantalla que nos aparecerá es la siguiente:

Edición de Claves de Endoscopia

Órganos digestivos (circled in red) → **Selección del Órgano relacionado** (boxed in red)

Selección del Órgano relacionado:

- Esófago
- Estómago
- Duodeno
- Intestino Delgado
- Colon
- Páncreas
- Hígado
- Vía Biliar
- Mediastino
- Bazo
- Mesenterio
- Faringe-Laringe

Claves

Claves codificadas de: Localización:

Etiología: Datos Semiologicos:

Métodos diagnósticos complementarios

Anatomía Patológica Análisis Químico-Físico Endoscópicos Microbiología

Diagnósticos Disponibles | **Diagnósticos Seleccionados**

+ agregar todos | - quitar todos

Otros Diagnósticos No Especificados: **Agregar Otro Diagnóstico** (circled in red) → **Selecciona valor para el campo 'Otros Diagnósticos No Especificados'** (boxed in red)

Terapéutica Endoscópica

Ablación Mucosa Dilataciones Endolisis Endoplastias

Endostomías Extracción Hemostasia Oclusión/Sellado

Otras Técnicas Prótesis Resección Terapia Vascular

Terapias Disponibles | **Terapias Seleccionadas**

+ agregar todos | - quitar todos

Iconografía

Tipo	Librería	Objeto Icono	Descripción	Calidad	Video
------	----------	--------------	-------------	---------	-------

Agregar Iconografía (boxed in red)

Agregar (circled in red)

Guardar clave (cuando los datos estén convenientemente completados) (boxed in red)

Cerrar Ventana (boxed in red)

Cerrar Ventana (circled in red)

Agregar Clave (circled in red)

Fig 157.- Pantalla de Edición de Claves Endoscópicas

Podemos añadir tantas claves endoscópicas como queramos. Cada vez que agreguemos una nueva clave endoscópica, ésta se nos añade en la lista de claves, apareciendo a la izquierda una papelera de reciclaje. Si pulsamos dicha papelera, borramos la clave endoscópica correspondiente. En la siguiente imagen vemos una posible lista de claves, antes nombrada:

Códigos Diagnósticos

Añadir clave endoscópica **Añadir nueva clave**

Clave Codificada	Localización	Etiología
Acantosis en esófago	Anastomosis	Adquiridos
adenoma de brunner	Ileon	Alcohol
Embarazo	Higado1	Aetoxisclerol

Borrar clave

Fig 158.- Lista con algunas claves añadidas

6.1.3 Hoja de endoscopia en estado definitivo

Al final de la página tendremos el botón **Versión Definitiva**, éste, al pulsarse nos manda hacia una ventana de “Identificación de usuario” que al validar el usuario y la contraseña guardará la hoja en forma definitiva.

Fig 159.- Identificación de usuario

El aspecto de la hoja de Endoscopia en estado definitivo es el que se muestra en la siguiente imagen:



Asociar ▶

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Botones para el control de Versiones

Hoja de Endoscopia (Sevilla, a 10/10/2006)

Identificación del Paciente

NHC: 1067634	Nº Episodio: 1206648	Paciente: MANUELA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: 505162762	Tipo ingreso: Consultas	Domicilio: MADRE PURISIMA BLOQ 1 4º C
F. Nacimiento: 07/04/1939	Sexo: Mujer	Localidad: SEVILLA CP: 41013
	Provincia: SEVILLA	

Datos de la Hoja

Indicación

Fecha Hoja: 10/10/2006 17:08

Exploración Solicitada: Colonoscopia total **Objetivo Exploración:** Diagnóstico

Tratamiento Endoscópico: [Ninguna] **Carácter:** Normal

Síntoma: Síntomas (Dolor abdominal)

Datos Procedencia

Centro Procedencia: CS.MParadas **Ingresado en:**

Servicio: **Médico:** CARRILLO

Datos de la Exploración

Exploración Realizada: Colonoscopia Total **Endoscopia:** CF-Q145/2100488

Regiones Exploradas: Todo colon t:5 cm. de ileon terminal

Premedicación General: - Dolantin
- Valium

Tolerancia: Buena

Complicación:

Realizada en: Sala Normal (Mañana)

Se hace tratamiento endoscópico: Si **Se debe ingresar:** No

Interés del caso: Ninguno **Caso problema:** No

Comunicar el caso:

Botón para Imprimir

Fig 160.- Hoja de endoscopia en versión definitiva parte 1

Códigos Diagnósticos

Claves endoscópicas

Clave Codificada	Localización	Etiología
Achalasia cricofaríngea	Cardias	Alcohol
Achalasia cricofaríngea	Cardias	AGENTES FÍSICOS ENDOGENOS
divertículos	Cuarta porción duodenal	No corresponde

Clinica

Sospecha de enfermedad de Crohn.

Análíticas

estp es

Radiología

una versión dos ,zero

Juicio Clínico

Sospecha de enfermedad de Crohn. Ileoscopia.

Informe

Inspección anal normal.

Tacto rectal: hipertonia del canal anal. No se palpa nada anormal en la ampolla rectal.

Endoscopia: se explora todo el colon y unos cms. del ileon terminal. El ciego y colon ascendente contiene heces semipastosas de color verdoso, que hemos tenido que limpiar para ver el contenido de la mucosa. En ciego hay un pólipo de 4 mm. de aspecto adenomatoso. No se han observado otras alteraciones en el colon.

Válvula ileocecal normal, con orificio de tamaño medio. Aunque nos colocamos frente a él, no conseguimos pasar al ileon por la posición perpendicular en que se encuentra y porque parte del repliegue de la válvula lo ocluye. Se han visto bien unos 5 o 6 cms del ileon desde la válvula, presentando morfología y aspecto de la mucosa normales.

Juicio Endoscópico

Pequeño pólipo adenomatoso en ciego. Se reseca con pinza.

No se han visto lesiones en el corto segmento del ileon explorado.

Creemos que debe hacerse un tránsito intestinal para excluir la posibilidad de estenosis del ileon antes de darle la VCE.

Histología

Pólipo de ciego

Firmas

Autor: dmrgaragon

Fdo.: Dr/Dra dmrgaragon

Tipo de Informe: Clínico

Fig 161.- Hoja de Endoscopia en versión Definitiva

Como todos los documentos en versión definitiva, los campos que aparecen no son modificables (son de solo lectura, no podemos editarlos).

Cuando estamos trabajando con una Hoja de Endoscopia en estado definitivo, tenemos la opción de generar informes al final de la hoja. Si el usuario pulsa sobre 'Generar Informe', puede generar dos tipos de informes:

- Informe endoscópico: Envía el documento directamente a la impresora (Igual que si el usuario pulsara el botón 'Imprimir').
- Informe clínico: Copia algunos datos de la Hoja de Endoscopia en un nuevo Informe clínico de Consulta. En el campo 'Motivo de Consulta' se añade un texto automáticamente referido al tipo de exploración solicitada. La información contenida en el campo 'Juicio Endoscópico' se escribe automáticamente en el campo Juicio Clínico Principal. La información contenida en el campo 'Clinica' se escribe automáticamente en el campo 'Anamnesis' del nuevo informe. También se recuperan automáticamente los datos sobre Antecedentes (tanto Familiares como Personales).

6.1.4 Crear versiones de la Hoja de Endoscopia

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

Si quiere más información puede ir al capítulo 28 Trabajar con Versiones.

6.1.5 Creación de plantillas para una Hoja de Endoscopia

Para facilitar la labor del facultativo, **EC** nos da la posibilidad de hacer uso de plantillas, de forma que se puede utilizar para recuperar información usada frecuentemente de una Hoja de Endoscopia. En el caso de esta hoja, los únicos campos que podemos guardar en una plantilla son los campos de 'Informe' y 'Juicio Endoscópico'.

Este manual **EC** explica este apartado en un capítulo aparte, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** Trabajar con Plantillas.

7 Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias

Para crear algún informe perteneciente a la unidad de cuidados intensivos debe de existir un episodio de Hospitalización, al hacer clic en el episodio en cuestión en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones, y en él, aparecerá la opción "**Crear**", que se trata de un menú desplegable. En este menú además de contener otras opciones de creación aparecen todos los informes de esta unidad, tal y como se ilustra en la siguiente figura:

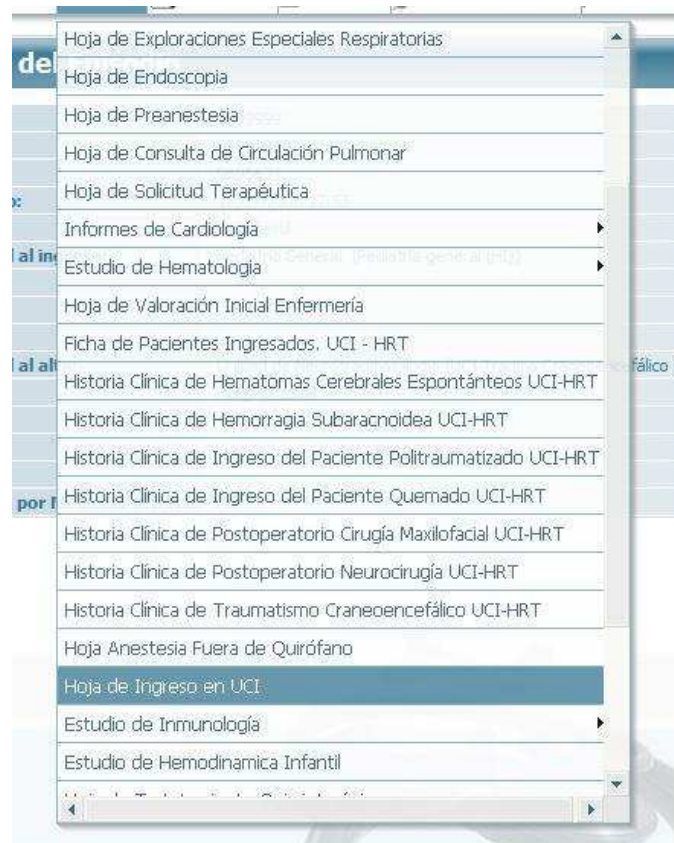


Fig 162.- Menú para crear las hojas de la unidad funcional de UCI

A continuación se detallarán todos los informes que pertenecen a la unidad de UCI.

7.1 Hoja de Ingreso en UCI

EM permite la creación de Hoja de Ingreso en UCI. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

7.1.1 Crear una nueva Hoja de Ingreso en UCI

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

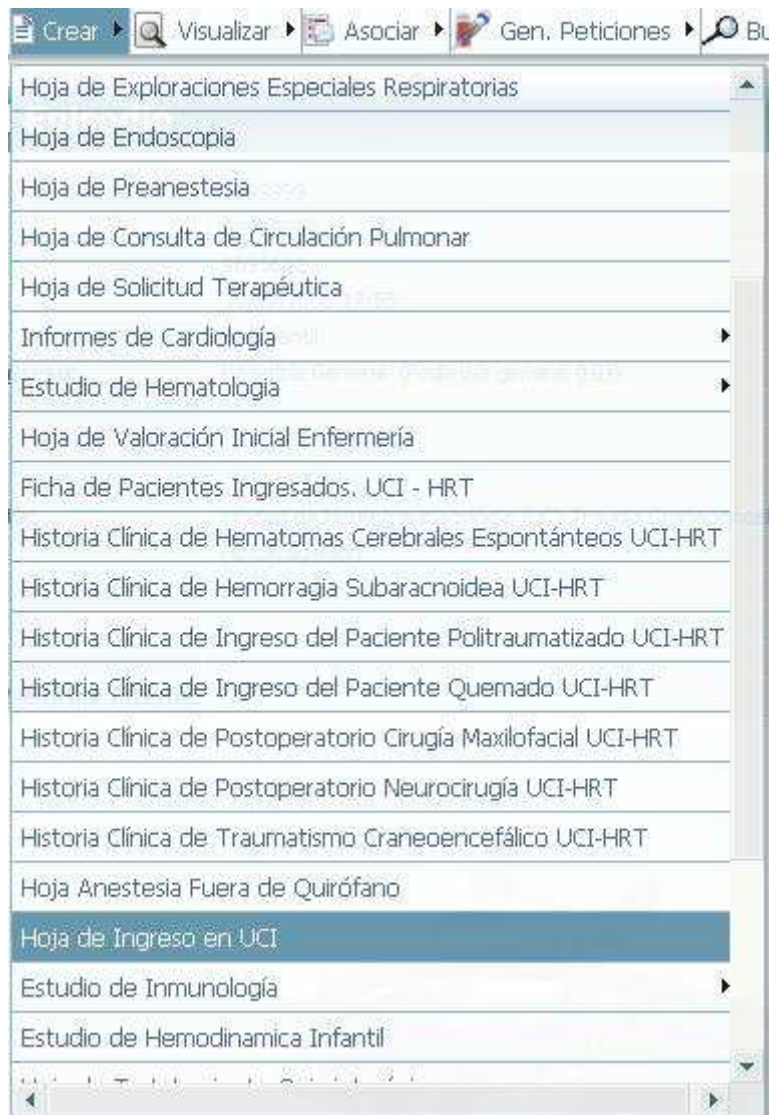


Fig 163.- Creación de Hoja de Ingreso en UCI

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

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



Hoja de Ingreso en UCI (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

MHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
NUHSA:	999999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21		
NUSS:	41/0036209999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP:	41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA		

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Motivo de ingreso

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Exploración

Pruebas Complementarias

Juicio Clínico

Fig 164.- Formulario de Hoja de Ingreso en UCI. Parte 1

Fig 165.- Formulario de Hoja de Ingreso en UCI. Parte 2

7.2 Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

7.2.1 Crear una nueva Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT.



Fig 166.- Creación de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT

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

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



Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
NUHSA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21		
NUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP:	41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA		

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Peso: [] Kg Talla: [] Predominancia: Diestro

APACHE: [] Profesión: [] GCS de referencia: []

Hora: [] Doctor: Ordóñez Benavente, Rafael

Antecedentes Médicos

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Anticoagulación

Otros antecedentes destacables:

[]

Historia Actual

Los síntomas comenzaron a las [] horas del día []

Descripción de los síntomas:

[]

Primera asistencia hospitalaria: Hospital: [] [] horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

- Cefaleas
- Convulsiones
- Déficit motores
- Kerning
- Vómito
- Paresias
- Rigidez nuca
- Otros:

Descenso nivel conciencia

GCS: []

HTA: []

El TAC se le practicó a las [] horas del día [], mostraba:

[]

Datos de sangrado:

[]

Escala NIH en primera estancia: []

Lo más relevante hasta su ingreso en UCI-HRT fue:

[]

Fig 167.- Formulario de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Parte 1



Ingreso en UCI-HRT

Ingreso en UCI: horas.

Nivel de conciencia: Puntos de la GCS: Sedación: Sí No

Pupilas:

Respuestas motoras destacables:

Puntos totales en la escala NIH:

Respiración:

Hemodinámica sistémica: FC: spm. T.A.: / mmHg.

Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables

Se ha pedido arteriografía: Sí No

TAC Craneal

El TAC se le practica a las horas del día , mostraba

Datos de sangrado:

Hallazgos disponibles: Talámico, Talámico-capsular, Talámico-hipotalámico, Putaminal, Putmimo-capsular

Hallazgos seleccionados:

Cerebeloso: DLM: mm. Vol. estimado(4/3*pi*r^2): cc.

Datos de hidrocefalia:

Hallazgos disponibles: Tercer ventrículo redondeado, Astas temporales patentes, Aumento de ventrículos laterales, N/A

Hallazgos seleccionados:

Índice de Evans: Escala GRAEB:

Añadir

Resultados TAC

Descripción del TAC:						
Fecha	Hora		Descripción			
Datos del sangrado						
Fecha	Hallazgos	DLM	VolEstimado	Cerebeloso	Lado	
Datos de Hidrocefalia						
Fecha	Hallazgos	Índice Evans		Escala Graeb		

Fig 168.- Formulario de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Parte 2

Sonografía Doppler Transcraeal

Día/Hora: :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	I. PULSATILIDAD
ACM DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACM IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Intervenciones Quirúrgicas

Tipo de intervención:

Doctores: +

Anestelistas: +

Descripción:

Eventos anestésicos:

Juicio Clínico

Firmas Adicionales

Fig 169.- Formulario de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Parte 3

En Escala NIH en primera instancia cuando se le pulsa al objeto '+' podemos reflejar los resultados de los test's

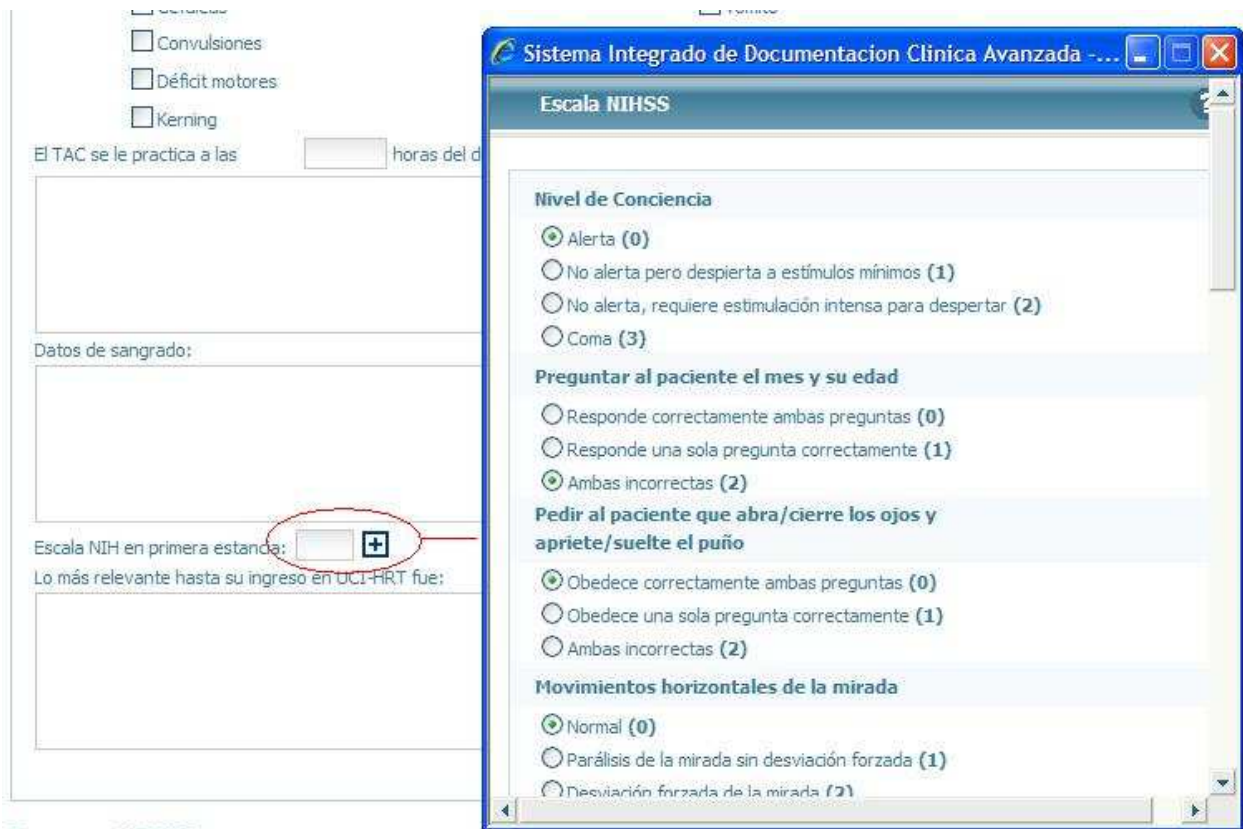


Fig 170.- Escala NIH en primera instancia. Detalle

Colocamos la información necesaria para registrar el tac craneal, con la fecha que se le practica, una descripción, y todos los campos obligatorios que se le pidan al darle a Añadir. Toda esta información se incluirá en la parte de Resultados del tac.

El TAC se le practica a las horas del día , mostraba

Datos de sangrado:

Hallazgos disponibles

Caudadoso
Frontal
Lobar
N/A
Parieoccip

[+] Agregar todos

Cerebeloso: -

DLM: mm.

Hallazgos seleccionados

[+] Quitar todos

-

Vol. estimado($4/3 \cdot \pi \cdot r^3$): cc.

Datos de hidrocefalia:

Hallazgos disponibles

Astas temporales patentes
Aumento de ventriculos laterales
N/A
Tercer ventriculo redondeado

[+] Agregar todos

Índice de Evans:

Hallazgos seleccionados

[+] Quitar todos

Escala GRAEB: +

Añadir

Resultados TAC

Descripción del TAC:

Fecha	Hora	Descripción
25/09/2010	12	Descripcion Tac

Datos del sangrado

Fecha	Hallazgos	DLM	Vol.Estimado	Cerebeloso	Lado
25/09/2010	Parieoccip,Tálamo-capsular	-	-	Hemisférico	Dere

Datos de Hidrocefalia

Fecha	Hallazgos	Índice Evans	Escala Graeb
25/09/2010	Astas temporales patentes	-	7

Fig 171.- Añadir resultados del TAC. Detalle

Cuando se pincha en cada uno de los checkbox se despliega una serie de cajas para extender la información de la hoja.

Intervenciones Quirúrgicas

Fig 172.- Apartado de Intervenciones quirúrgicas

En esta parte de la hoja hay que introducir los doctores de la intervención y se le pulsa al objeto '+' para agregarlos a la lista, pudiéndose borrar con el icono de papelera que aparece al lado. Lo mismo pero con los anestelistas que intervienen.

7.3 Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

7.3.1 Crear una nueva Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT.



Fig 173.- Creación de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT

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

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



Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

MHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA	
NUHA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21	
NUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP: 41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA	

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Peso: [] Kg Talla: [] Predominancia: Diestro

APACHE: [] Profesión: [] GCS de referencia: []

Hora: [] Doctor: Ordóñez Benavente, Rafael

Antecedentes Médicos

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Anticoagulación
- Tabaquismo
- Alcohol
- ADVP
- Alteración del tejido cognitivo
- Poliquistosis renal

Otros factores de riesgo para HSA o antecedentes destacables:

[]

Historia Actual

Los síntomas comenzaron a las [] horas del día [] , y consistieron en:

- Cefaleas
- Convulsiones
- Déficit motores
- Kerning
- Vómito
- Paresias
- Rigidez nuca
- Otros:
- Descenso nivel conciencia

GCS: [] HTA: []

Primera asistencia hospitalaria: Hospital: [] [] horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

- Cefaleas
- Convulsiones
- Déficit motores
- Kerning
- Vómito
- Paresias
- Rigidez nuca
- Otros:
- Descenso nivel conciencia

Escala WFNS: [] Escala HUNT -HESS: [] Escala JOHN - HOPKINS: []

Datos del TAC

El TAC se le practicó a las [] horas del día [] , mostraba:

[]

Datos de sangrado:

Datos de hidrocefalia:

Añadir

Fig 174.- Formulario de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Parte 1



Resultados del TAC

Descripción del TAC:				
Fecha	Hora		Descripción	
Datos del Sangrado:				
Fecha	Sangre cisterna suprasellar	Sangre en cisura Silvio	Región	Sangre en 3º ventrículo
Fecha	Sangre en 4º ventrículo	Sangre en vent. lateral derecho	Sangre en vent. lateral izquierdo	Escala GRAEB
Datos de Hidrocefalia:				
Fecha	Tercer ventrículo redondeado	Astas temporales patentes	Aumento de los vent. laterales	Índice Evans
Fecha	Cuarto dilatado	Otros	Escala Fisher	

Ingreso en UCI-HRT

Ingreso en UCI: horas.

Nivel de conciencia: Puntos de la GCS: Sedación: SI No

Pupilas:

Respuestas motoras destacables:

Escala WFNIS: Escala HUNT - HESS: Escala JOHN - HOPKINS:

Respiración:

Hemodinámica sistémica: FC: spm; T.A.: / mmHg.

Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables:

Se ha pedido arteriografía: SI No

Sonografía Doppler Transcralear

Día/Hora: :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	I. PULSATILIDAD
ACM DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACM IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fig 175.- Formulario de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Parte 2

Intervenciones Quirúrgicas

Tipo de intervención: Neurocirugía

Doctores: Médico

Anestesiastas: Anestesiastas

Descripción:

Eventos anestésicos:

Juicio Clínico

Firmas Adicionales

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 176.- Formulario de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Parte 3

7.4 Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT
EM permite la creación de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

7.4.1 Crear una nueva Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT.

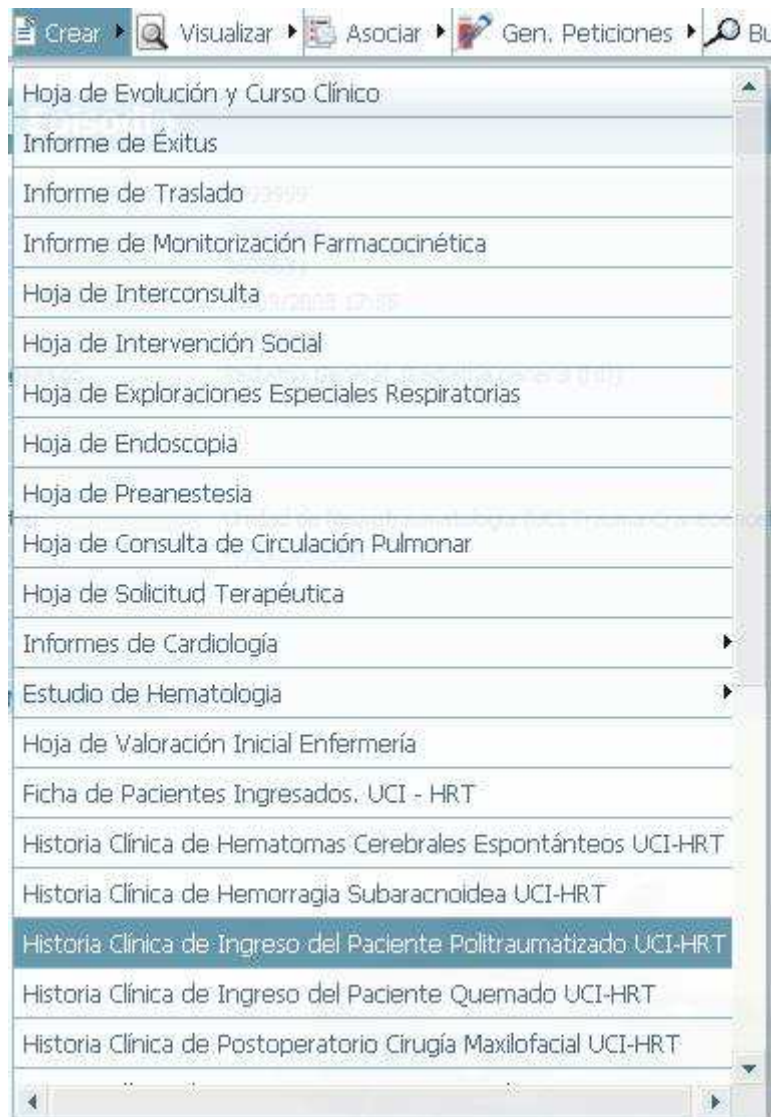


Fig 177.- Creación de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT

Al seleccionar Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

MHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
NUHA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21		
NUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP:	41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA		

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Datos Adicionales del Paciente

Peso:	<input type="text"/> Kg	Talla:	<input type="text"/>	Procedencia:	<input type="text"/>
APACHE:	<input type="text"/>	Profesión:	<input type="text"/>	GCS de referencia:	<input type="text"/> +
Hora:	<input type="text"/>	Horas evolución:	<input type="text"/>	Doctor:	<input type="text"/> Ordóñez Benavente, Rafael
TRS:	<input type="text"/>				

Tipo de accidente

- Tráfico coche
- Tráfico moto
- Precipitación
- Caída altura
- Agresión
- Laboral
- Deportivo
- Otros

Antecedentes Médicos

- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Alcohol
- ADVP
- Diabetes Mellitus
- Trastornos psiquiátricos
- Cardiopatía
- EPOC
- Alergias
- Anticoagulación

Otros antecedentes destacables:

Patocronia

El accidente ocurrió a las horas del día

En la localidad de:

Fig 178.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 1



Datos Clínicos de la Asistencia Previa

Primera asistencia prehospitalaria: [] horas

Lugar: **la escena del accidente**

El traslado al Hospital fue por: **061 UVI-móvil**

La sintomatología mostrada fue:

GCS total: [] +

Paresias
 IOT in situ
 Vías periféricas

T.A.: [] / [] mmHg.
SatpO2: []
Cristaloides: [] ml.
Número: []

Respuesta motora: []

Comentarios: []

Pupila: **Isocóricas**

Convulsiones
 Paro cardíaco
 RCP: [] Tiempo: []

Motivo: **Coma**
FIO2: []
Coloides: [] ml.

Ingreso en otro hospital

El primer hospital que lo atendió fue: [] horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

GCS total: [] +

Paresias
 IOT in situ
 Vías periféricas
 Aminas
 Antibióticos

T.A.: [] / [] mmHg.
SatpO2: []
Cristaloides: [] ml.
Po2: [] mmHg

Respuesta motora: []

Comentarios: []

Pupila: **Isocóricas**

Convulsiones
 Paro cardíaco
 Vías centrales
 PAT
 RCP: [] Tiempo: []

Motivo: **Coma**
FIO2: []
Coloides: [] ml.

Ingreso en Urgencias del HRT

Fecha y hora: [] horas

GCS total: [] +

Paresias
 IOT in situ
 Vías periféricas
 Aminas
 Antibióticos

T.A.: [] / [] mmHg.
SatpO2: []
Cristaloides: [] ml.
PO2: [] mmHg.

Respuesta motora: []

Comentarios: []

Pupila: **Isocóricas**

Convulsiones
 Paro cardíaco
 Vías centrales
 PAT
 RCP: [] Tiempo: []

Motivo: **Coma**
FIO2: []
Coloides: [] ml.
 Calentador de fluidos

TAC de tórax:

Fig 179.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 2

Ingreso en Urgencias del HRT

Fecha y hora: horas

GCS total:

Paresias
 IOT in situ
 Vías periféricas
 Aminas
 Antibióticos

T.A.: / mmHg.
SatpO₂:
Cristaloides: ml.
PO₂: mmHg.

Convulsiones
 Paro cardíaco
 Vías centrales
 PAT
 RCP

Pupila:
Motivo:
FIO₂:
Coloides: ml.
 Calentador de fluidos

Respuesta motora:

Comentarios:

TAC de tórax:

Ingreso en UCI-HRT y Evolución Primeras 24 horas

Al ingreso IOT Sí No
Sedado y analgesiado Sí No
Relajado Sí No
Valor GCS:

Las dosis actuales son:

Respiración:

Espontánea: Sí No Frecuencia:
Ventilación mecánica: Sí No
Voleo costal: Sí No
Emfisema subcutáneo: Sí No

Auscultación:

Crepitación costal: Sí No
Broncoaspiración: Sí No

Subespacio pleural:

Neumotórax: Sí No
Hemotórax: Sí No
Drenaje: Sí No
 Rx de tórax:
 TAC de tórax:

Circulación:

Soplos: Sí No
 Troponina:
 Ecocardiografía:

Elementos para la tabla de Circulación:

horas

Temperatura: FC: TA: PVC: IC:
PaP₂/FiO₂: ITBV: EVLW: pH: EB:
Diuresis: Lactato: Dopamina: Noradrenalina:
SOFA: CO-Hb:

Fig 180.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 3



Tabla Circulación

Fecha	Hora	Temperatura		FC	TA	PVC
Fecha	Hora	IC	JTBV	EVLW	PaO ₂ /FIO ₂	
Fecha	Hora	pH	EB	Lactato	Diuresis	
Fecha	Hora	SOFA	CO - Hb	Noradrenalina	Dopamina	

Abdomen

Doloroso: Sí No
 Ecografía FAST: Sí No
 TAC de abdomen:

Pelvis

Estado:
 Hematuria: Sí No
 Hematoma: Sí No
 Tono anal: Sí No
 TAC pélvico:

Extremidades

Heridas o fracturas en mms: Sí No
 Heridas o fracturas en mmil: Sí No
 Rx de miembros:
 TAC óseo:

Cráneo y cuello

Rx de cráneo y cuello:
 TAC cráneo:
 TAC raquídea:
 RMN:

Analítica: Hemograma y Bioquímica

HTO:	<input type="text"/>	HB:	<input type="text"/>	Leucocitos:	<input type="text"/>	Plaquetas:	<input type="text"/>
TP:	<input type="text"/>	TPTA:	<input type="text"/>	INR:	<input type="text"/>	Fibrinogeno:	<input type="text"/>
Na:	<input type="text"/>	K:	<input type="text"/>	Urea:	<input type="text"/>	Glucemia:	<input type="text"/>
Creatinina:	<input type="text"/>	CA:	<input type="text"/>	Amilasa:	<input type="text"/>	FIO ₂ :	<input type="text"/>
pH:	<input type="text"/>	Lactato:	<input type="text"/>	PACIO ₂ :	<input type="text"/>	PX:	<input type="text"/>
PSO:	<input type="text"/>	Exceso de Base:	<input type="text"/>				
CK/MB/RATIO:	<input type="text"/>						
Orina							
Na/K:	<input type="text"/>	Nitritos:	<input type="text"/>	Proteinuria:	<input type="text"/>		
Hematuria:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						

Intervenciones Quirúrgicas

Tipo de intervención:

Doctores:

Anestelistas:

Descripción:

Eventos anestésicos:

Fig 181.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 4

Fig 182.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT. Parte 5

7.5 Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

7.5.1 Crear una nueva Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT.



Fig 183.- Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT

Al seleccionar Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC: 99999999	Nº Episodio: 9695631	Paciente: MARIA ANDALUZ ANDALUZA
NUHSA: 99999999	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio: CLAVEL 21
NUSS: 41/0036209999999	Sexo: Mujer	Localidad: OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento: 26/09/1978	Edad: 31	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Datos Adicionales del Paciente

Peso: [] Kg	Talla: []	GCS de referencia: [] +
APACHE: [] ?	Profesión: []	Doctor: [] Ordoñez Benavente, Rafael
Hora: []	Horas evolución: []	SCT: [] cm ²
SCQ: [] %	Superficial: [] %	Profunda: [] %
ABSI: [] ?		

Tipo de accidente

Etiología:

Desencadenantes disponibles: Llama, Escaladura, Sólidos calientes, Químicas, Eléctrica

Desencadenantes seleccionados: []

[+] Agregar todos [-] Quitar todos

Lugar: []

Lesiones traumáticas asociadas: Sí No

Antecedentes Médicos

- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Alcohol
- ADVP
- Diabetes Mellitus
- Trastornos psiquiátricos
- Cardiopatía
- EPOC
- Alergias
- Anticoagulación

Otros antecedentes destacables: []

Datos Clínicos de la Asistencia Previa

El paciente fue trasladado desde: [el lugar del accidente]

y se realizó por: []

Ocurrieron las siguientes incidencias durante el traslado: []

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

GCS: [] +	Signos inhalación: []
<input type="checkbox"/> PAT	<input type="checkbox"/> Antibióticos
<input type="checkbox"/> Escarotomía	<input type="checkbox"/> Aminas
<input type="checkbox"/> Vías periféricas	<input type="checkbox"/> Vías centrales
<input type="checkbox"/> SpO ₂ < 90%	<input type="checkbox"/> PO ₂ < 60%
TAS: [] mmHg	FR: [] spm
Cristaloides: [] ml.	Coloides: [] ml.
TRS: []	
<input type="checkbox"/> IOT:	

Comentarios: []

Fig 184.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Parte 1

Ingreso en UCI - HRT y Evolución Primeras 24 horas:

Fecha	Hora	Temperatura	FC	TA	PVC
Fecha	Hora	IC	ITBV	ELWI	PaO2/FiO2
Fecha	Hora	pH	EB	Lactato	Diuresis
Fecha	Hora	Noradrenalina	Dopamina	SOFA	CO - Hb

Juicio Clínico

Quemadura del % de SCQ % profunda

AIS:

Evidencia clínica de lesión aérea: Sí No

Lesión pulmonar por inhalación: Sí No

Intoxicación por CO: Sí No

Lesiones traumáticas asociadas: Sí No

Problemas Pendientes

Firmas Adicionales

Versión Provisional
Versión Definitiva

Fig 186.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Parte 3

7.6 Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

7.6.1 Crear una nueva Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT.



Fig 187.- Creación de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT

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

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



Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
NUHA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21		
NUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP:	41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA		

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Peso: [] Kg Talla: []
APACHE: [] Profesión: [] GCS de referencia: [] +
Hora: [] Doctor: [Ordoñez Benavente, Rafael]

Antecedentes Médicos

- Hipertensión arterial
 - Diabetes Mellitus
 - Anticoagulación
 - Tabaquismo
 - Alcohol
 - Lesiones Precancerosas
- Otros antecedentes destacables

[]

Historia Actual

Los síntomas comenzaron a las [] horas del día []

Descripción de los síntomas:

[]

Diagnósticos preoperatorios:

[]

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

[]

Tratamientos preoperatorios relevantes:

Anticomiciales: []
Corticoides: []
Antibióticos: []
Otros: []

La RNM/TAC se le practica a las [] horas del día [] y mostraba:

[]

Fig 188.- Formulario de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT. Parte 1

Intervención Quirúrgica

Intervenido por:
Médico

Tipo histológico intraoperativo: Extensión:
T: Seleccione N: Seleccione M: Seleccione
Intubación complicada: Sí No Necesidad de fibronoscopia: Sí No
Taponamiento faríngeo: Presente
Descripción del procedimiento quirúrgico:

Datos Anestésicos Relevantes

Anestesiistas:
Médico

Antibióticos prequirúrgicos: Sí No

Ingreso en UCI-HRT

Ingreso en UCI: 23/9/2010 12:42 horas.
Nivel de conciencia:
Sedación: Sí No
Puntos de la escala Ramsay:
Respuestas motoras destacables:

Respiración: Espontánea normal
Hemodinámica sistémica: FC: spm. T.A.: / mmHg.
Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables

Nesita doppler por tener injerto pediculado Sí No
Necesidad de TAC control Sí No

Diagnóstico Postoperatorio y Juicio Clínico

Pauta

Firmas Adicionales

Versión Provisional

Versión Definitiva

Fig 189 .- Formulario de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT. Parte 2

7.7 Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT

EM permite la creación de una Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de hospitalización.

7.7.1 Crear una nueva Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia clínica de traumatismo craneoencefálico.

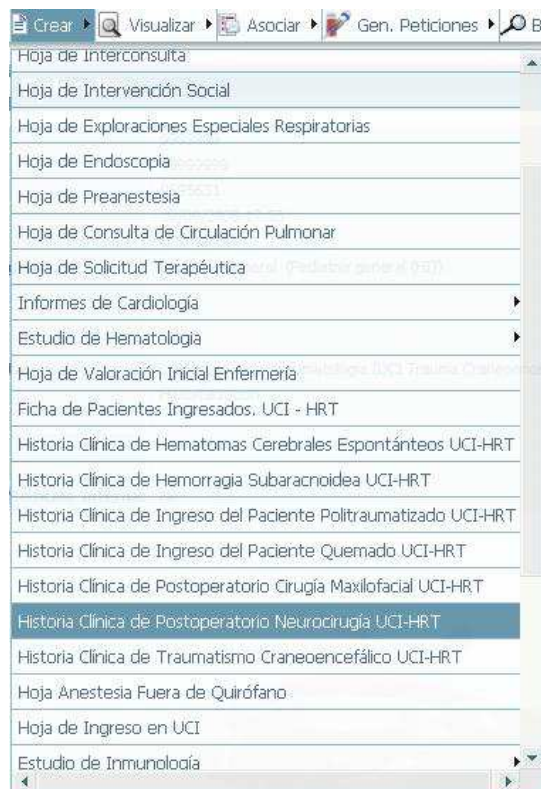


Fig 190.- Creación de una Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI HRT

Al seleccionar Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI-HRT se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC: 9999999	Nº Episodio: 9695631	Paciente: MARIA ANDALUZ ANDALUZA
NUHA: 99999999	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio: CLAVEL 21
NUSS: 41/003620999999	Sexo: Mujer	Localidad: OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento: 26/09/1978	Edad: 31	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Peso: [] Kg **Talla:** [] **Predominancia:** Diestro

APACHE: [] **Profesión:** [] **GCS de referencia:** [] +

Hora: [] **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

Antecedentes Médicos

Hipertensión arterial
 Diabetes Mellitus
 Anticoagulación

Otros antecedentes destacables: []

Historia Actual

Los síntomas comenzaron a las [] horas del día []

Descripción de los síntomas: []

Diagnósticos preoperatorios

[]

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

Cefaleas Vómito Descenso nivel conciencia
 Convulsiones Paresias **GCS:** [] +
HTA: [] Déficit motores

Otros: []

Tratamientos preoperatorios relevantes:

Anticimociales: []
Corticoides: []
Antibióticos: []
Otros: []

La RNM/TAC se le practica a las [] horas del día [], mostraba: []

Fig 191.- Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía, parte 1



Intervención Quirúrgica

Intervenido por:

Médico

Datos Anestésicos Relevantes

Anestesiastas:

Médico

Ingreso en UCI-HRT

Ingreso en UCI: horas.

Nivel de conciencia: Puntos de la GCS: Sedación: Sí No

Pupilas:

Respuestas motoras destacables:

Reflejos Patológicos:

Respiración:

Hemodinámica sistémica: FC: spm. T.A.: / mmHg.

Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables

Necesidad de monitorización intracraneal con PIC/P802/T* Sí No

Necesidad de TAC control Sí No

Sonografía Doppler Transcraneal

Día/Hora: :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	I.PULSATILIDAD
ACH DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACH IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACH IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fig 192.- Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía, parte 2

Diagnóstico Postoperatorio y Juicio Clínico

Pauta

Firmas Adicionales

Versión Provisional
Versión Definitiva

Fig 193.- Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía, parte 3

7.8 Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT

EM permite la creación de una Historia clínica de traumatismo craneoencefálico. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de hospitalización.

7.8.1 Crear una nueva Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia clínica de traumatismo craneoencefálico.

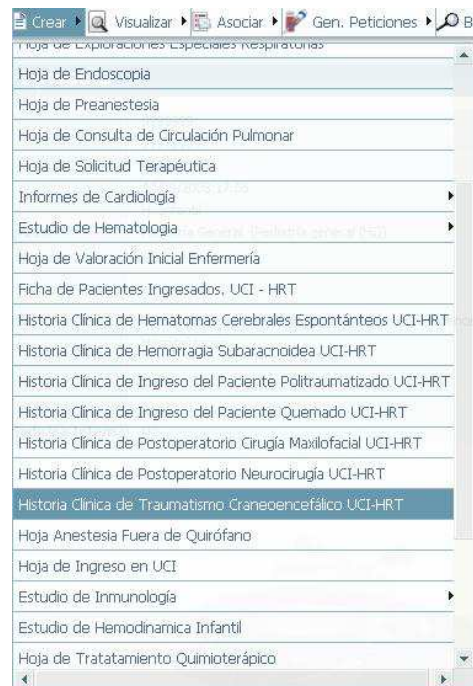


Fig 194.- Creación de una Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI HRT

Al seleccionar Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI-HRT se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
NUHSA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21
NUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Peso: [] Kg **Talla:** [] **Predominancia:** Diestro

APACHE: [] **Profesión:** [] **GCS de referencia:** []

Hora: [] **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

Tipo de Accidente

- Tráfico coche
- Tráfico moto
- Precipitación
- Caída altura
- Agresión
- Laboral
- Deportivo
- Otros

Antecedentes Médicos

- Alcohol
- ADVP
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Anticoagulación
- TCE previos
- Convulsiones previas
- Trastornos psiquiátricos

Otros antecedentes destacables:

Historia Actual

El accidente ocurrió a las [] horas del día []

Descripción del accidente:

Primera Asistencia Prehospitalaria

Fecha y hora: [] horas

Lugar: []

El traslado al Hospital fue por: []

La sintomatología mostrada fue:

GCS total: [] **Pupila:** Isocóricas

- Paresias
- Convulsiones
- IOT in situ
- Paro cardíaco

T.A.: [] / [] mmHg. **SatpO2:** []

Motivo: GCS<9

Respuesta motora:

Otros Datos:

Fig 195.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 1



Ingreso en Hospital

El primer hospital que lo atendió fue: horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

GCS total:

Paresias

IOT in situ

T.A.: / mmHg.

Motivo:

Pupila:

Convulsiones

Paro cardíaco

SatpO2:

Respuesta motora:

Otros datos:

Ingreso en Urgencias

Fecha y hora: horas

GCS total:

Paresias

IOT in situ

T.A.: / mmHg.

Motivo:

Pupila:

Convulsiones

Paro cardíaco

SatpO2:

Respuesta motora:

Otros datos:

TAC Urgencias

horas.

TAC realizados en Urgencias

Fecha	Hora	Observaciones
-------	------	---------------

Fig 196.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 2

Ingreso en UCI-HRT

Fecha y hora: 23/9/2010 12:46 horas

Procedente de: Emergencias

Sedado: Sí No

GCS total: +

Pupila: Isocóricas

Paresias

Convulsiones

IOT in situ

Paro cardíaco

T.A.: / mmHg.

Motivo: GCS < 9

SatpO2:

Respuesta motora:

Otros datos:

OLM de mm.

TCDB tipo: I

Intervención quirúrgica

PIC: mmHg

PPC: mmHg

Ptio2: mmHg

Tº: ºC

TAC UCI

horas

Agregar TAC

TAC realizados en la UCI

Fecha	Hora	Observaciones
-------	------	---------------

Sonografía Doppler TranscraNeal

Día/Hora: :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	I. PULSATILIDAD
ACM DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACM IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fig 197.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 3

Lesiones Extracraneales

- Faciales
- Columna
- Tórax
- Abdomen
- Extremidades
- Pelvis
- Otras lesiones:

Estudio Hemodinámico

Tª Corporal: <input type="text"/> °C	<input type="checkbox"/> SIRS	<input type="checkbox"/> Palidez
FC: <input type="text"/> spm	PVC: <input type="text"/> cm H ₂ O	TAM: <input type="text"/> mmHg
pH: <input type="text"/>	EB: <input type="text"/>	Lactato: <input type="text"/>
PaFIO ₂ : <input type="text"/>	pX: <input type="text"/> mmHg	P50%: <input type="text"/> mmHg
<input type="checkbox"/> Pulso capilar normal		

Intervenciones Quirúrgicas

Tipo de intervención:

Doctores:

Anestesiistas:

Descripción:

Eventos anestésicos:

Juicio Clínico

Problemas Abiertos

Exploraciones Pendientes

Firmas Adicionales

Fig 198.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 4

7.9 Ficha de Pacientes Ingresados. UCI-HRT

EM permite la creación de una ficha de Pacientes ingresados. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de hospitalización.

7.9.1 Crear una nueva ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT.



Fig 199.- Creación de una ficha de pacientes ingresados UCI HRT

Al seleccionar Ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Ficha de Pacientes Ingresados. UCI - HRT (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	99999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA	
NUHSA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CLAVEL 21	
NUSS:	41,0036209999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP: 41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA	

Datos del informe

Fecha Informe: 23/09/2010

Datos del Ingreso

Médico:

Tipo de financiación:

Fecha ingreso en hospital: Hora: horas

Fecha de ingreso en UCI: Hora: horas

Procedencia: Seleccione un valor

Fecha alta UCI: Hora: horas

Estancia: Demora:

Destino al alta: Seleccione un valor

Exitus: Sí No

Motivo de ingreso en UCI: Seleccione un valor

Priorización: 1 2 3 4 - A 4 - B

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundarios

Diagnóstico: **Añadir**

Datos Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Datos del Procedimiento: **Añadir**

Fig 200.- Formulario de la ficha de pacientes ingresados Parte 1

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Datos del procedimiento

Otros datos de interés

APACHE: ?

CHARLSON: +

TRIS: ?

PS:

APACHE:

PS:

APACHE:

PS:

APACHE:

PS:

APACHE:

PS:

ISS []² + []² + []²=

Mecanismo lesional: Seleccione un valor

Donante: Sí No

IPA durante ingreso UCI: Sí No

Días de IOT + Traqueostomía: + Total:

Bacteriemia relacionada con catéter: Sí No

Días de catéteres vasculares:

Comentarios

Firmas Adicionales

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 201.- Formulario de la Ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT

8 Unidad de Neurología

8.1 Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus

EM permite la creación de Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el usuario pertenezca a la Unidad de Ictus.

8.1.1 Crear un nuevo Informe de Hospitalización de Neurología-Ictus

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

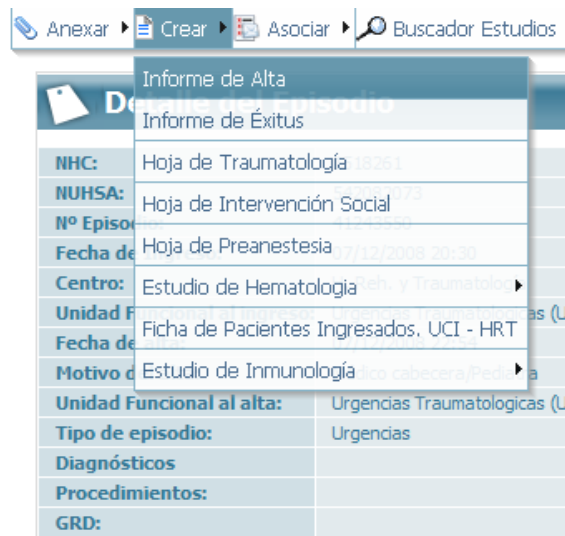


Fig 202.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos. El aspecto del Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus en estado provisional es el que se muestra en las siguientes imágenes:



Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus

Identificación del Paciente

NHC:	XXX	Nº Episodio:	XXX	Paciente:	XXX	
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	XXX	Domicilio:	XXX	
NUSS:	XXX	Sexo:	-	Localidad:	XXX	CP: XXX
F. Nacimiento:	XXX	Edad:	XXX	Provincia:	XXX	

Datos del informe

Fecha Informe:

Fecha Ingreso: Fch_Ingreso **Fecha Alta:** Fch_Alta

Procedencia: Procedencia

Destino: -

Motivo de Ingreso

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Anamnesis

Exploración

Fig 203.- Informe de alta de Hospitalización de Neurología-Ictus, parte 1



Pruebas Complementarias

Evolución y Curso Clínico

Escala de Rankin al alta: +

Complicaciones

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Progresión del ictus: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Recurrencia del ictus: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Crisis epilépticas: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Trombosis venosa profunda: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Tromboembolismo pulmonar: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Infarto agudo de miocardio: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Otras lesiones miocárdicas: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ITU: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Infección respiratoria: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Otras infecciones: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 204.- Informe de alta de Hospitalización de Neurología-Ictus, parte 2

Juicio Clínico

Principal

Secundarios

a.

b.

Tratamiento

Plan de Actuación

Revisiones

Firmas Adicionales

Fig 205.- Informe de alta de Hospitalización de Neurología-Ictus, parte 3

8.2 Informe de Alta de la Unidad de Ictus

EM permite la creación de Informe de Alta de Unidad de Ictus. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el usuario pertenezca a la Unidad de Ictus.

8.2.1 Crear un nuevo Informe de Alta de Unidad de Ictus

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

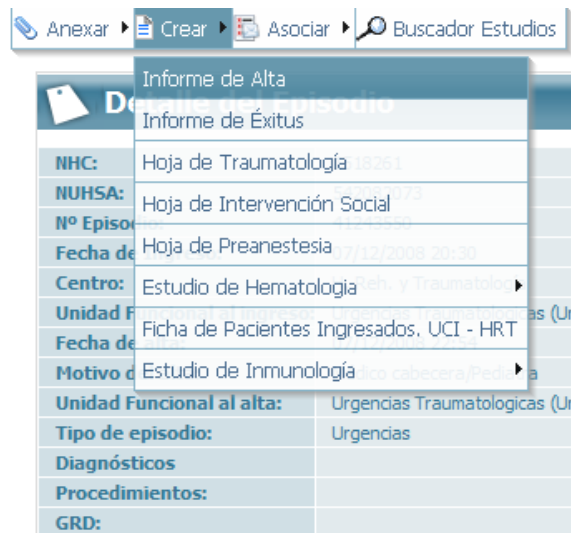


Fig 206.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Unidad de Ictus. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos. El aspecto del Informe de Alta de la unidad de Ictus en estado provisional es el que se muestra en las siguientes imágenes:



Informe de Alta de la Unidad de Ictus

Identificación del Paciente

NHC:	XXX	Nº Episodio:	XXX	Paciente:	XXX	
MUHA:	-	Tipo ingreso:	XXX	Domicilio:	XXX	
MUSS:	XXX	Sexo:	-	Localidad:	XXX	CP: XXX
F. Nacimiento:	XXX	Edad:	XXX	Provincia:	XXX	

Datos del informe

Fecha Informe:

Fecha Ingreso: Fch_Ingreso

Fecha Alta:

Procedencia: Procedencia

Destino:

Motivo de Ingreso

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Anamnesis

Exploración

Fig 207.- Informe de Alta de Unidad de Ictus, parte 1



Pruebas Complementarias

Evolución y Curso Clínico

Escala de NIHSS al ingreso: +

Escala de NIHSS al alta: +

Escala de Rankin: +

Fibrinólisis:

Sí No

Intervención isq. fase aguda:

Sí No

Complicaciones

Progresión del ictus: Sí No

Recurrencia del ictus: Sí No

Crisis epilépticas: Sí No

Trombosis venosa profunda: Sí No

Tromboembolismo pulmonar: Sí No

Infarto agudo de miocardio: Sí No

Otras lesiones miocárdicas: Sí No

ITU: Sí No

Infección respiratoria: Sí No

Otras infecciones: Sí No

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 208.- Informe de Alta de Unidad de Ictus, parte 2

Juicio Clínico

Principal

Secundarios

a.

b.

Tratamiento

Plan de Actuación

Revisiones

Firmas Adicionales

Fig 209.- Informe de Alta de Unidad de Ictus, parte 3

8.3 Informe de Traslado de la Unidad de Ictus

EM permite la creación de Informe de traslado de Unidad de Ictus. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el usuario pertenezca a la Unidad de Ictus.

8.3.1 Crear un nuevo Informe de Traslado de Unidad de Ictus

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



Fig 210.- Creación de un Informe de Traslado

Al seleccionar Informe de traslado, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de traslado de Unidad de Ictus. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos. El aspecto del Informe de Traslado de la unidad de Ictus en estado provisional es el que se muestra en las siguientes imágenes:



Informe de Traslado de la Unidad de Ictus

Identificación del Paciente

NHC:	XXX	Nº Episodio:	XXX	Paciente:	XXX	
MUHA:	-	Tipo ingreso:	XXX	Domicilio:	XXX	
MUSS:	XXX	Sexo:	-	Localidad:	XXX	CP: XXX
F. Nacimiento:	XXX	Edad:	XXX	Provincia:	XXX	

Datos del informe

Fecha Informe:

Fecha Ingreso: Fch_Ingreso **Fecha Traslado:** 22/9/2010

Unidad Procedencia: Neurología Unidad de Ictus

Unidad Destino:

Seccion Destino:

Motivo de Traslado

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Anamnesis

Exploración

Fig 211.- Informe de Traslado de la Unidad de Ictus, parte 1



Pruebas Complementarias

Evolución y Curso Clínico

Escala de NIHSS al ingreso: +

Escala de NIHSS al alta: +

Complicaciones

- Progresión del ictus: Sí No
- Recurrencia del ictus: Sí No
- Crisis epilépticas: Sí No
- Trombosis venosa profunda: Sí No
- Tromboembolismo pulmonar: Sí No
- Infarto agudo de miocardio: Sí No
- Otras lesiones miocárdicas: Sí No
- ITU: Sí No
- Infección respiratoria: Sí No
- Otras infecciones: Sí No

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 212.- Informe de Traslado de la Unidad de Ictus, parte 2

Juicio Clínico

Principal

Secundarios

a.

b.

Tratamiento

Plan de Actuación

Revisiones

Firmas Adicionales

Fig 213.- Informe de Traslado de la Unidad de Ictus, parte 3

9 Unidad de Traumatología

9.1 Informe de Alta de la Unidad de Columna

EM permite la creación de Informe de Alta de Unidad de Columna. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Traumatología.

9.1.1 Crear un nuevo Informe de Alta de Unidad de Columna

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



Fig 214.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Unidad de Columna. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Tempo de inactividad: 00:28:14

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Alta Unidad de Columna (PROVISIONAL) Mis Plantillas

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Hombre	Localidad: BERMEO CP: 48370
F. Nacimiento: 01/10/1973	Edad: 35	Provincia: VIZCAYA

Datos del informe

Fecha Informe: 20/10/2008

Motivo de Consulta

Varón de 34 años que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica por lumbociatalgia de predominio derecho.

Antecedentes Familiares

Antecedentes Personales

Hernia discal
Ex fumador de 3-4 cigarrillos al día, sin síntomas bronquiales crónicos.
No alergias.
no neumonías, pleuritis ni TBC. No hace ningún tratamiento habitualmente.

Anamnesis

Paciente de 34 años que presentaba cuadro de lumbalgia crónica, exacerbada el año pasado tras accidente de tráfico, presentando lumbociatalgia de predominio derecho

Exploración

Lumbociatalgia de predominio derecho que alcanza hasta parte superior y posterior de pierna derecha

Pruebas Diagnósticas

Pruebas disponibles	Pruebas seleccionados
T.A.C vertebral	Resonancia magnética vertebral
[+] Agregar todos	[+] Quitar todos
Estudio Radiológico	

Fig 215.- Formulario de Informe de Alta Unidad de Columna. Parte 1

Evolución y Curso Clínico

Es intervenido quirúrgicamente el día 15/10/2008 (Dres. Galleguillos y García Parra), realizándose Hemilaminectomía L3-L4 derecha, TLF derecho, Caja intersomática de 7 mm L3-L4 y artrodesis instrumentada L3-L4-L5 con sistema Pacea. Postoperatorio sin complicaciones. Sondaje vesical durante 3 días

Intervención

Técnica Quirúrgica

Técnicas disponibles

Biopsia vertebral
Cifoplastia
Escisión de neoplasia en vértebra*
Extracción de dispositivo implantado en vértebra
Fusión de 4-8 vértebras

[+] Agregar todos

Técnicas seleccionadas

Escisión de disco intervertebral (cualquier nivel)
Fusión de 2-3 vértebras
Inserción de dispositivos fusión espinal intersomática
Foraminotomía

[+] Quitar todos

Tipo de Implante

Tipos de Implantes disponibles

Biopsia Set CMA
Cifoplastia CMA
Cifoplastia Kyphon
Click's Synthes
Colorado Medtronic

[+] Agregar todos

Tipos de Implantes seleccionados

Tlf Travios Synthes

[+] Quitar todos

Diagnóstico Principal

Diagnósticos disponibles

Deformidades congénitas columna vertebral
Escoliosis [y cifoescoliosis], idiopática
Escoliosis congénita
Escoliosis idiopática infantil progresiva
Espondilolisis lumbosacra congénita

[+] Agregar todos

Diagnósticos seleccionados

Ciática
Lumbago

[+] Quitar todos

Diagnóstico Secundario

Diagnósticos disponibles

Ciática
Deformidades congénitas columna vertebral
Escoliosis [y cifoescoliosis], idiopática
Escoliosis congénita
Escoliosis idiopática infantil progresiva

[+] Agregar todos

Diagnósticos seleccionados

Espondilolistesis adquirida (Espandilolisis, Espandilolistesis degenerativa,
Hernia de disco intervertebral lumbar o lumbosacral
Inestabilidad lumbosacra

[+] Quitar todos

Tratamiento

- Reposo relativo en los primeros días.
- No cargar peso. No realizar esfuerzos excesivos.
- Puede deambular sin faja lumbar.
- Clexane 40 mg s.c./24h 10 días
- Ciprofloxacino 500 mg v.o./12h durante 7 días
- Paracetamol 1g v.o./8h.

Fig 216.- Formulario de Informe de Alta Unidad de Columna. Parte 2

Plan de Actuación

- Curas de herida quirúrgica cada 48 horas en Centro de Salud de referencia.
- Retirada de grapas en 15 días.

Revisiones

- Revisión en 1 mes en CCEE dr. Galleguillos con Rx nueva.

Fig 217.- Formulario de Informe de Alta Unidad de Columna. Parte 3

Este es el formulario estándar de Informe de Alta Unidad de Columna. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 218.- Botones utilizados para guardar el Informe de Alta Unidad de Columna

9.2 Hoja de Traumatología

EM permite la creación de Hojas de Traumatología. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Traumatología.

9.2.1 Creación de una hoja de Traumatología

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



Fig 219.- Creación de una hoja de Traumatología

Al seleccionar la opción Hoja de Traumatología se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes campos que componen la hoja. Dicho formulario se ilustra en la siguiente figura:



Hoja de Traumatología (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

MHC:	9999999	Nº Episodio:	10099301	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
NUHSA:	99999999	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CLAVEL 21
NUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA

Datos de la Hoja

Fecha Ingreso:	10/04/2010	Fecha Hoja:	22/09/2010
Procedencia:	Cardiología Pediátrica (Cardiología (H1))		
Causa de Ingreso:	Seleccione un valor		
Acceso por:	Seleccione un valor		
Material Ortopédico:	<input type="checkbox"/>	Profilaxis:	<input type="checkbox"/> Antitrombótica <input type="checkbox"/> Antibiótica <input type="checkbox"/> Antitética

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Medicación:

Alergias: Sí No

Enfermedad Actual

Anamnesis:

Exploración:

Exploraciones Complementarias

Exploraciones Disponibles	>> <<	Exploraciones Seleccionadas
Arteriografía Artrografía Artrocentesis Cultivo y Antibiograma EMG Eco-Doppler Arterial Eco-Doppler Venoso Ecografía Fistulografía Flebografía + agregar todos		- quitar todos
<input type="checkbox"/> Otras no codificadas:		
Observaciones		

Fig 220.- Hoja de Traumatología, parte 1



Diagnósticos Principales

Seleccionar Diagnóstico/s

Añadir

Descripción	Códigos CIE-9
-------------	---------------

Observaciones

Transfusiones

Concentración de Hematíes:

Concentración de Plaquetas:

Plasma:

Tratamiento Genérico

Tratamientos Disponibles

- Artroplastia Cadera
- Artroplastia Rodilla
- Artroscopia Rodilla
- Cirugía Nervios Perif
- Cirugía Ortopédica Hombro/Codo
- Cirugía Ortopédica Mano/Muñeca
- Cirugía Ortopédica Tobillo/Pie
- Cirugía Ortopédica de Rodilla
- Cirugía Plástica y Repar
- Cirugía Raquis

+ agregar todos

Otros:

>>

<<

Tratamientos Seleccionadas

- quitar todos

Intervención Quirúrgica/Procedimientos

Seleccionar Tratamiento/s

Fecha:

Médico: >>

Añadir

Descripción	Fecha	Códigos CIE-9	Médico
-------------	-------	---------------	--------

Observaciones

Fig 221.- Hoja de Traumatología, parte 2

Implantes

Osteosíntesis

Osteosíntesis Disponibles

01 - Agujas de Kirschner
02 - Agujas flexibles Titanio (NANCY)
03 - Agujas de Kirschner Roscadas
04 - PINS y Arpones REABSORBIBLES
05 - Grapas
06 - Sutures y anclajes transóseos
07 - Sutura alámbrica o similar tipo PULL-OUT
08 - Cerclaje de Alambre; Titanio o similares (Dall-Miles)
09 - Cerclajes de Terylene y similares
10 - Tornillos REABSORBIBLES (Gianni; HTH; etc.)

+ agregar todos

>>

<<

Osteosíntesis Seleccionadas

- quitar todos

Raquis

Raquis Disponibles

100 - USS1 Fracturas
101 - USS2 Fracturas
102 - CLICK A. O.
103 - PLIF A. O. -LC
104 - TLIF (transforaminal)
105 - ALIF
106 - TLS - Tornillos translaminares
107 - Rizolisis Lumbar/Cervical
108 - Nucleoplasta Lumbar
109 - Placa Via Anterior

+ agregar todos

>>

<<

Raquis Seleccionadas

- quitar todos

Plastias

Plastias Disponibles

150 - Artroplastia Interfalángica
151 - Artroplastia Metatarso-Falángica
152 - PROTESIS PARCIAL CADERA cementada
153 - PROTESIS PARCIAL CADERA no cementada
154 - P.T.C. CEMENTADA (Los dos componentes)
155 - P.T.C. NO CEMENTADA
156 - P.T.C. HIBRIDA : Cotillo cementado; vástago NO
157 - P.T.C. HIBRIDA : Cotillo NO cementado; vástago
158 - Protésis Cadera TUMORAL
159 - Protésis Rodilla FÉMORO-PATELAR

+ agregar todos

>>

<<

Plastias Seleccionadas

- quitar todos

Complicaciones Locales

Sí No

Complicaciones Generales

Sí No

Tipo de Alta:

Seleccione un valor



Revisiones Sala de Curas

Curas Disponibles

Activar y control Kleinert
Control fijador externo
Cura en ATS de Zona
Curar
Curar en sala de curas del HRT a las 48h
Curar herida y mantener inmovilización
Curar herida y retirar inmovilización
Quitar puntos y mantener inmovilización
Quitar puntos y retirar inmovilización
Retirada agujas de Kirschner

+ agregar todos

>>

<<

Curas Seleccionadas

- quitar todos

Otros:

Revisiones Consulta COT

Fecha/Hora:

:

Médico:

Con Radiografía

Recomendaciones

Medicación

Fig 222.- Hoja de Traumatología, parte 3

9.2.2 Añadir antecedentes a la hoja de traumatología

Existe la posibilidad de añadir antecedentes tanto familiares, como personales a la hoja de Traumatología, la forma de realizar esta acción es hacer clic en el enlace con forma de signo “+” y seleccionar los antecedentes a agregar en la ventana emergente que aparece, tal y como se muestra en la siguiente figura:



Fig 223.- Agregar antecedentes a la hoja de Traumatología

9.2.3 Añadir diagnósticos principales a la hoja de traumatología

En la figura 279 se puede ver que existe la opción de añadir diagnósticos principales a la hoja de Traumatología, (Figura 281).

	Descripción	Códigos CIE-9
	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE	001
	FIEBRE PARATIFOIDEA B	002.2
	MENINGITIS POR SALMONELLA	003.21

Fig 224.- Tabla de diagnósticos principales de la hoja de Traumatología

La forma de añadir un diagnóstico es hacer clic en el icono del libro que aparece junto al literal “Seleccionar diagnósticos”, de modo que aparecerá una ventana para seleccionar un diagnóstico de la lista de diagnósticos de la tabla de códigos CIE.



Búsqueda de Diagnóstico CIE

Búsqueda por código | Búsqueda por Descripción | Navegación por grupo

Descripción: a

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
001	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE
001.0	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE
001.1	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE EL TOR
001.9	COLERA, SIN ESPECIFICAR
002	FIEBRES TIFOIDEAS Y PARATIFOIDEAS
002.0	FIEBRE TIFOIDEA
002.1	FIEBRE PARATIFOIDEA A
002.2	FIEBRE PARATIFOIDEA B
002.3	FIEBRE PARATIFOIDEA C
002.9	FIEBRE PARATIFOIDEA SIN ESPECIFICAR
003	OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA
003.0	GASTROENTERITIS POR SALMONELLA
003.1	SEPTICEMIA POR SALMONELLA
003.2	INFECCIONES POR SALMONELLA LOCALIZADAS
003.20	INFECCION POR SALMONELLA LOCALIZADA, SIN ESPECIFICAR
003.21	MENINGITIS POR SALMONELLA
003.22	NEUMONIA POR SALMONELLA

Seleccionados: COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE; FIEBRE PARATIFOIDEA B; MENINGITIS POR SALMONELLA

Fig 225.- Añadir un diagnóstico principal

9.2.4 Añadir Intervención quirúrgica / Procedimientos (NO REALIZADO)

En la figura 279 se puede ver que existe la opción de añadir Intervenciones Quirúrgicas/Procedimientos a la hoja de Traumatología, (Figura 281).

10 Unidad de Cirugía General y Digestiva

10.1 Informe Eco Endoanal / Endorrectal

EM permite la creación de un estudio Eco Endoanal / Endorrectal. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Cirugía.

10.1.1 Crear un estudio Eco Endoanal / Endorrectal

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Eco Endoanal / Endorrectal.

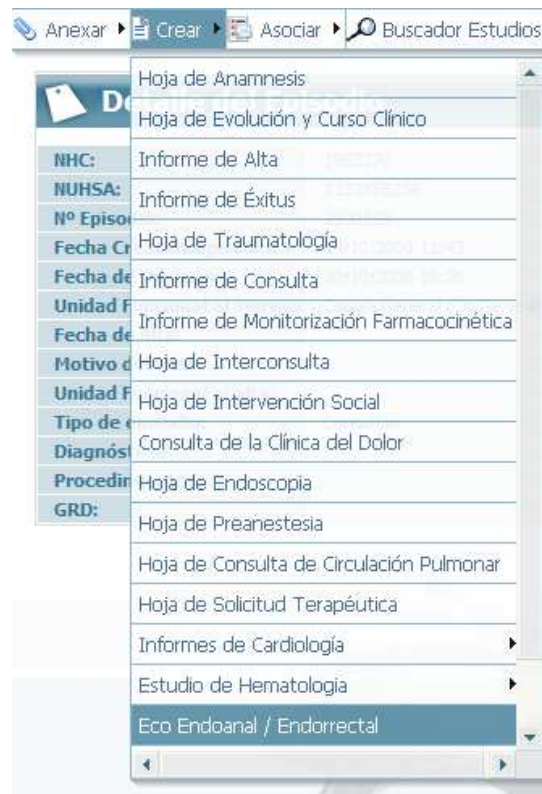


Fig 226.- Creación de un estudio Eco Endoanal / Endorrectal

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

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



Tempo de inactividad: 00:23:11

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Eco Endoanal / Endorrectal (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	Nº Episodio:	Paciente:
NUHSA:	Tipo ingreso: Consultas	Domicilio:
NUSS:	Sexo: Mujer	Localidad: SEVILLA CP: 41013
F. Nacimiento: 20/05/1992	Edad: 16	Provincia: SEVILLA

Datos del informe

Fecha Informe: 06/11/2008

Diagnóstico Previo

INCONTINENCIA FECAL A GASES Y LÍQUIDOS TRAS DESGARRO OBSTETRICO DE GRADO IV
TACTO RECTAL CON PÉRDIDA DEL TABIQUE RECTOVAGINAL EN SU TERCIO INFERIOR Y AUSENCIA DE LA MITAD ANTERIOR DEL COMPLEJO ESFINTERIANO.

Ecografía Endoanal

Esfínter interno

Intacto Defecto

Anterior Posterior Izquierdo Derecho

Circunferencia: 145

Nivel defecto:

Canales disponibles: []
[+] Agregar todos

Canales seleccionados: Canal alto
Canal bajo
Canal medio
[-] Quitar todos

Esfínter externo

Intacto Defecto

Anterior Posterior Izquierdo Derecho

Circunferencia: 149

Nivel defecto:

Canales disponibles: []
[+] Agregar todos

Canales seleccionados: Canal alto
Canal bajo
Canal medio
[-] Quitar todos

Puborrectal

Intacto Defecto

Anterior Posterior Izquierdo Derecho

Circunferencia: 149

Fistula

Trayecto: Curvilíneo Recto

Situación Trayecto: Anterior Posterior Izquierdo Derecho

Nivel: Seleccione

Cavidades: []

Trayectos secundarios: []

Orificio interno:

Campos disponibles: Anterior
Posterior
Izquierdo
Derecho
[+] Agregar todos

Campos seleccionados: []
[-] Quitar todos

Orificio externo:

Campos disponibles: Anterior
Posterior
Izquierdo
Derecho
[+] Agregar todos

Campos seleccionados: []
[-] Quitar todos

Fig 227.- Formulario de Eco Endoanal / Endorrectal. Parte 1

Ecografía Endorrectal

Tamaño
Ancho: mm. Largo: mm.
Inicio: cm. Final: cm.

Adenopatías
Número:
Tamaño: mm.

Localización:

Localizaciones disponibles
Anterior
Derecha
Izquierda
Posterior

[+] Agregar todos

Localizaciones seleccionados

[+] Quitar todos

Nivel de invasión:

Rectoscopia

Situación:
 Anterior Posterior Izquierdo Derecho
 Circunferencia:

Distancia de margen anal
Proximal: cm.
Distal: cm.
Diámetro: cm.

Morfología:

Conclusión Diagnóstica

INCONTINENCIA POR DEFECTO ESFINTERIANO DE LOS TRES COMPONENTES DEL ESFINTER EN LOS TRES NIVELES DEL CANAL ANAL

Fig 228.- Formulario de Eco Endoanal / Endorrectal. Parte 2

Este es el formulario estándar de Eco Endoanal / Endorrectal. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 229.- Botones utilizados para guardar el estudio Eco Endoanal / Endorrectal

10.2 Informe de Alta de Ostomías

EM permite la creación de un Informe de Alta de Ostomías. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

10.2.1 Crear un Informe de Alta de Ostomías

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



Fig 230.- Creación de un informe de Alta de Ostomías

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

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



Tempo de inactividad: 00:24:55

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

H Virgen de Valme
Dirección Valme - 955.01.20.00
Angiología Y Cirugía Vascul ar (Angiología Y Cirugía Vascul ar (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

Informe de Alta de Ostomía (PROVISIONAL)

Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	43642	Nº Episodio:	1756	Paciente:	JUAN MATEOS SANCHEZ
NUHSA:	ANO437652075	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/ JABUGO 16, 1º IZQ
NUSS:	06/0046407494	Sexo:	Hombre	Localidad:	Sevilla CP: 41008
F. Nacimiento:	29/04/1963	Edad:	47	Provincia:	Sevilla

Datos del informe

Tipo del estoma: Fecha de alta:

Evolución y cuidados

Recomendaciones nutricionales

Descripción del dispositivo a prescribir por el médico de familia

Fig 231.- Informe de Alta de Ostomías

10.3 Informe de revisión en consultas de Ostomías

EM permite la creación de un Informe de revisión en consultas de Ostomías. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

10.3.1 Crear un Informe de revisión en consultas de Ostomías

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción informe de revisión en consultas de ostomías.




Fig 232.- Creación de un informe de revisión en consultas de ostomías

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

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

⌚ Tiempo de inactividad: 00:28:47

 **H Virgen de Valme**
Dirección Valme - 955.01.20.00
Angiología Y Cirugía Vascul ar (Angiología Y Cirugía Vascul ar (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

Informe de Revisión en Consulta de Ostomía (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	43642	Nº Episodio:	1756	Paciente:	JUAN MATEOS SANCHEZ
NUHSA:	ANO437652075	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/ JABUGO 16, 1º IZQ.
NUSS:	06/0096407494	Sexo:	Hombre	Localidad:	Sevilla CP: 41008
F. Nacimiento:	29/04/1963	Edad:	47	Provincia:	Sevilla

Datos del informe

Fecha de revisión: 22/09/2010 **Diagnóstico:**

Datos del Estoma

Tipo del estoma:

Técnica Quirúrgica:

Complicaciones del Estoma: No Sí

Evolución y cuidados

Datos del dispositivo

Dispositivo:

Modificación del dispositivo: No Sí

Descripción del dispositivo a prescribir por el médico de familia:

Versión Provisional
Versión Definitiva

Fig 233.- Informe de Revisión en Consultas de Ostomías

11 Unidad de Inmunología

A continuación se detallarán todos los informes de la unidad de inmunología.

11.1 Estudio de Clonalidad de Linfocitos

EM permite la creación de un Estudio de Clonalidad de Linfocitos. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

11.1.1 Crear un Estudio de Clonalidad de Linfocitos

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



Fig 234.- Creación de un estudio de inmunología

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

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



Estudio de Clonalidad de Linfocitos (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
NUHSA:	AN0602565011	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A	
NUSS:	41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido	CP: 41710
F. Nacimiento:	17/07/1996	Edad:	14	Provincia:	SEVILLA	

Datos del Informe

Fecha de entrada: 24/09/2010

Muestra enviada: Seleccione una opción

Población analizada: Seleccione una opción

ESTUDIOS REALIZADOS: LINFOCITOS B LINFOCITOS T

Clonalidad de Linfocitos B
Análisis molecular de reordenamientos clonales del gen IgH
Metodología

Técnica: Amplificación mediante PCR convencional de los segmentos reordenados VDJ de la región hipervariable de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (Igh) empleando múltiples cebadores consenso que hibridan con regiones conservadas dentro de dichos segmentos.
Especificidad: La técnica detecta reordenamiento clonal en el 80% de los procesos linfoproliferativos B.
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 5-10% de células con reordenamiento clonal IgH para que el resultado sea positivo.

Resultado: Positivo Negativo

La muestra analizada **NO PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento clonal para el gen IgH.

Clonalidad de Linfocitos T
Análisis molecular de reordenamientos clonales del gen TCRg
Metodología

Técnica: Amplificación mediante PCR convencional de los segmentos reordenados VJ del gen TCRg empleando múltiples cebadores consensos que hibridan con regiones conservadas dentro de dichos segmentos.
Especificidad: La técnica detecta reordenamiento clonal en el 80% de los procesos linfoproliferativos T. Aunque la monodonalidad TCRg se observa en la mayoría de los procesos linfoproliferativos T, este gen también reordena en el 60-75% de las leucemias linfoblásticas agudas de estirpe B.
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 5-10% de células con reordenamiento clonal TCRg para que el resultado sea positivo.

Resultado Positivo Negativo

La muestra analizada **PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de reordenamiento clonal para el gen TCRg.

Otros datos de interés

Comentarios

Firmas adicionales

Fig 235.- Estudio de Clonalidad de Linfocitos

11.2 Estudio de Mutaciones

EM permite la creación de un Estudio de Mutaciones. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

11.2.1 Crear un Estudio de Mutaciones

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



Fig 236.- Creación de un estudio de inmunología

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

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



Estudio de Mutaciones Asociadas con Enfermedades Hematológicas (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	AND602565011	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A
NUSS:	41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido CP: 41710
F. Nacimiento:	17/07/1996	Edad:	14	Provincia:	SEVILLA

Datos del Informe

Fecha de entrada: 24/09/2010

Muestra enviada: Seleccione una opción

Población analizada: Seleccione una opción

MUTACIONES ESTUDIADAS: FLT3 JAK 2

Duplicaciones Internas en Tándem en el gen FLT3

Metodología

Técnica: Detección y cuantificación de mutación mediante PCR y electroforesis capilar.
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 10% de células con mutación para que el resultado sea positivo.

Resultado: Positivo Negativo

La muestra analizada **PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de mutación.

Ratio: % **Tamaño de la duplicación:**

Fórmula: $\frac{ADNmutado}{ADNnoMutado}$

Mutación V617F en el gen JAK2

Metodología

Técnica: Detección y cuantificación de mutación mediante "PCR en tiempo real".
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 10% de células con mutación para que el resultado sea positivo.

Resultado: Positivo Negativo

La muestra analizada **NO PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de mutación V617F.

Otros datos de interés

Comentarios

Firmas adicionales

Fig 237.- Estudio de Mutaciones

11.3 Estudio Molecular de Traslocaciones

EM permite la creación de un Estudio Molecular de Traslocaciones. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

11.3.1 Crear un Estudio Molecular de Traslocaciones

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



Fig 238.- Creación de un estudio de inmunología

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

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



Estudio Molecular de Translocaciones Cromosómicas (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	AN0602565011	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A
NUSS:	41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido CP: 41710
F. Nacimiento:	17/07/1996	Edad:	14	Provincia:	SEVILLA

Datos del Informe

Fecha de entrada: 24/09/2010

Muestra enviada: Seleccione una opción

Población analizada: Seleccione una opción

ESTUDIOS REALIZADOS: LEUCEMIA LINFOMAS

Metodología

Técnica: Detección y cuantificación de los transcritos de los genes fusionados mediante "PCR en tiempo real" con cebadores y sondas específicos.
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 0,01-0,001% de células con la translocación cromosómica para que el resultado sea positivo.

Metodología

Técnica: Detección de los reordenamientos génicos mediante "PCR convencional" con cebadores específicos.
Especificidad: La región "MTC" está implicada en el 40% de los reordenamientos BCL1-IgH. La regiones "MBR", "3'MBR", "mcr" están implicadas en el 80% de los reordenamientos BCL2-IgH.
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 5-10% de células con reordenamiento para que el resultado sea positivo.

Pruebas solicitadas

BCR-ABL p210 [t(9;22)]:	Positivo
BCR-ABL p190 [t(9;22)]:	Positivo
PML-RARα bcr1 [t(15;17)]:	Seleccione una opción
PML-RARα bcr2 [t(15;17)]:	Seleccione una opción
PML-RARα bcr3 [t(15;17)]:	Seleccione una opción
AML1-ETO [t(8;21)]:	Seleccione una opción
CBFB-MYH11 [inv(16)]:	Seleccione una opción
E2A-PBX1 [t(1;19)]:	Seleccione una opción
MLL-AF4 [t(4;11)]:	Seleccione una opción
TEL-AML1 [t(12;21)]:	Seleccione una opción
BCL1-IgH (región MTC) [t(11;14)]:	Positivo
BCL2-IgH (región MBR) [t(14;18)]:	Positivo
BCL2-IgH (región 3'MBR) [t(14;18)]:	Positivo
BCL2-IgH (región mcr) [t(14;18)]:	Seleccione una opción

Fig 239.- Estudio de Traslocaciones, parte 1

Resultados:

En la muestra analizada se observa amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCR-ABL p210 [t(9;22)]**.
Cuantificación: % Fórmula: $\% = \frac{BCR-ABL}{ABL} \times 100$

En la muestra analizada se observa amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCR-ABL p190 [t(9;22)]**.
Cuantificación: % Fórmula: $\% = \frac{BCR-ABL}{ABL} \times 100$

En la muestra analizada se observa una amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCL1-IgH (región HTC)**.

En la muestra analizada se observa una amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCL2-IgH (región HBR)**.

En la muestra analizada se observa una amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCL2-IgH (región 3'MBR)**.

Otros datos de interés

Comentarios

Firmas adicionales

Fig 240.- Estudio de Traslocaciones, parte 2

11.4 Estudio de Quimerismo

EM permite la creación de un Estudio de Quimerismo. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

11.4.1 Crear un Estudio de Quimerismo

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



Fig 241.- Creación de un estudio de inmunología

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

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



Estudio de Quimerismo Hematopoyético (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	AN0602565011	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A
NUSS:	41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido CP: 41710
F. Nacimiento:	17/07/1996	Edad:	14	Provincia:	SEVILLA

Datos del Informe

Fecha de entrada: 24/09/2010

Muestra enviada: Seleccione una opción

Población analizada: Seleccione una opción

TÉCNICA DE ESTUDIO: CUANTITATIVO CUALITATIVO

Cuantitativo: Positivo

Técnica: Amplificación mediante "PCR en tiempo real" de marcadores genéticos específicos del receptor (alelos nulos, polimorfismos inserción/delección y polimorfismos SNP).
Sensibilidad: Son necesarias al menos 0,1% de células del receptor para que el resultado sea positivo.
En la muestra post-trasplante analizada se detecta un % de células del receptor.

Cualitativo: Quimerismo completo

Técnica: Amplificación mediante "PCR convencional" de regiones VNTR.
Sensibilidad: Son necesarias al menos un 5% de células del receptor y/o donante para que el resultado sea positivo.
En la muestra post-trasplante analizada no se detectan células del receptor.

Comentarios

Firmas adicionales

Fig 242.- Estudio de Quimerismo

11.5 Estudio de Inmunodeficiencias

EM permite la creación de un Estudio de Inmunodeficiencias. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

11.5.1 Crear un Estudio de Inmunodeficiencias

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



Fig 243.- Creación de un estudio de inmunología

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

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



Estudio de Inmunodeficiencias (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

MHC: 2293937	Nº Episodio: 0511237	Paciente: ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: AN0602565011	Tipo ingreso: Hospitalización	Domicilio: C BAMBINO 1 Pta. A
NUSS: 41/1068545353	Sexo: Mujer	Localidad: Desconocido CP: 41710
F. Nacimiento: 17/07/1996	Edad: 14	Provincia: SEVILLA

Datos del estudio

Unidad Funcional: Todas las Unidades Funcionales	Médico: Ordóñez Benavente, Rafael
Cama: c_104-2	Centro: H. Infantil
Fecha del estudio: 24/09/2010	

Resultados del Estudio Inmunológico:

Alteraciones inmunológicas:

Juicio diagnóstico:

Análíticas Relacionadas

Fecha	Nº Petición	Enlace
Añadir analíticas relacionadas ...		

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 244.- Estudio de Inmunodeficiencias

12 Unidad de Hematología

12.1 Estudio de Anemias

EM permite la creación de Estudio de Anemias. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

12.1.1 Crear un Nuevo Estudio de Anemias

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Anemias, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 245.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Estudio de Anemias.

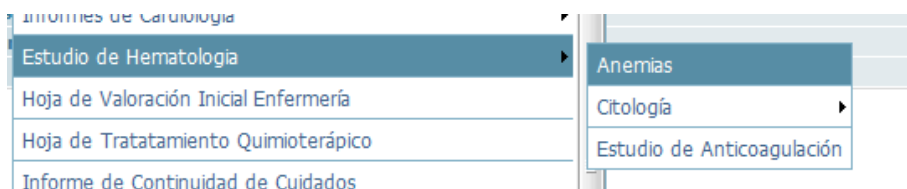


Fig 246.- Creación de Estudio de Anemias

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

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





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/h (Sevilla) - 955.01.20.00
Unidad de Cirugía Cardíaca (UCI C.Torácica y Cardiología (HG))

Estudio de Anemias (PROVISIONAL)
Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC: 1111111	Nº Episodio: 24312344	Paciente: CARMEN GOMEZ ORTEGA
NUHSA: 572676277	Tipo ingreso: Hospitalizacion	Domicilio: ANTONIO MACHADO 19
NUSS: 41/0092615900	Sexo: Mujer	Localidad: PUEBLA DEL RIO (LA) CP: -
F. Nacimiento: 28/04/1981	Edad: 28	Provincia: -

Datos del Estudio

Petición: <input type="text"/>	F.Entrada: <input type="text"/>
Doctor: <input type="text"/>	Cama: F03-1
Destino: <input type="text"/>	Observaciones: <input type="text"/>
Motivo de estudio: <input type="text" value="Seleccione un valor"/>	

Estudio de la sangre periférica (hemocitométrico y citológico)

Hematies: <input type="text"/> x 10 ¹² /L	Hemoglobina: <input type="text"/> g/L	VCM: <input type="text"/> fl	CHCM: <input type="text"/> g/L
RDW: <input type="text"/> %	Hto: <input type="text"/> L/L	HCM: <input type="text"/> pg	
Reticulocitos: <input type="text"/> x 10 ⁹ /L	<input type="text"/> %		
Leucocitos: <input type="text"/> x 10 ⁹ /L	Bandas: <input type="text"/> %	Segmentados: <input type="text"/> %	Eosinófilos: <input type="text"/> %
Otras células:	Basófilos: <input type="text"/> %	Linfocitos: <input type="text"/> %	Monocitos: <input type="text"/> %
Plaquetas: <input type="text"/> x 10 ⁹ /L	Normoblastos: <input type="text"/> %		

Disponibles

- Anisopoiquilicosis
- Hipocromia
- Microcitosis
- Punteado basófilo

+ agregar todos

>> <<

Seleccionados

- quitar todos

Comentario morfológico:

Fig 247.- Formulario de Estudio de Anemias. Parte 1



Metabolismo férrico

Sideremia:	<input type="text"/> µg/dL	Capacidad de fijación:	<input type="text"/> µg/dL
Ferritina:	<input type="text"/> µg/L	Índice de saturación:	<input type="text"/> %

Factores madurativos

Vitamina B12:	<input type="text"/> pg/mL	Ac Folico:	<input type="text"/> ng/mL
---------------	----------------------------	------------	----------------------------

Estudio de hemoglobina

Hemoglobina A ₂ :	<input type="text"/> %	Hemoglobina Fetal:	<input type="text"/> %
HPLC:	<input type="checkbox"/> No se detectan hemoglobinas anómalas		
EEF ph alcalino:	<input type="checkbox"/> No se detectan bandas anómalas		

Estudio de hemólisis

Haptoglobina:	<input type="text"/> mg/dL	Coombs directo:	<input type="text"/> Seleccione un valor
Test de Sacarosa:	<input type="text"/> Seleccione un valor	Test de Ham:	<input type="text"/> Seleccione un valor
Inmediata:	H50 <input type="text"/>	(Vref: 4,1 - 4,6 g/L)	
RGO:			
Incubada 37%:	H50 <input type="text"/>	(Vref: 4,7 - 5,9 g/L)	

Estudio enzimático

Screening G-6PD:	<input type="text"/> Seleccione un valor	Dosificación de G-6PD:	<input type="text"/> U/gHb	rango:	<input type="text"/>
Otros enzimas:	<input type="text"/>				

C. de inclusión

Azul de Cresil:	<input type="checkbox"/> No se observan c. de inclusión
Violeta de Metilo:	<input type="checkbox"/> No se observan c. de inclusión

Fig 248.- Formulario de Estudio de Anemias. Parte 2

Otros estudios

Juicio diagnóstico

Disponibles		Seleccionados
Anemia ferropénica		
Compatible con anemia de proceso crónico		
Compatible con ferropenia y proceso inflamatorio asociado	>>	
Compatible con β-Talasemia Heterozigota	<<	
Estudio de hemoglobinas normal		
Estudio de hemoglobinas normal, se envía muestra para es		

Comentarios

Código Diagnóstico :

Firmas adicionales

Fig 249.- Formulario de Estudio de Anemias. Parte 3

Este es el formulario estándar de Estudio de Anemias. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 250.- Botones utilizados para guardar Estudio de Anemias

12.1.2 Consulta de Estudio de Anemias

Un estudio de Anemias realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Anemias.

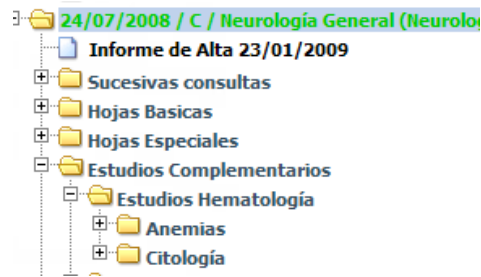


Fig 251.- Estructura de un episodio con Estudio de Anemias

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

12.2 Estudio de Líquidos y Tejidos

EM permite la creación de Estudios de Líquidos y Tejidos. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

12.2.1 Crear un Nuevo Estudio de Líquidos y Tejidos

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Líquidos y Tejidos, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 252.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción De líquidos y tejidos.

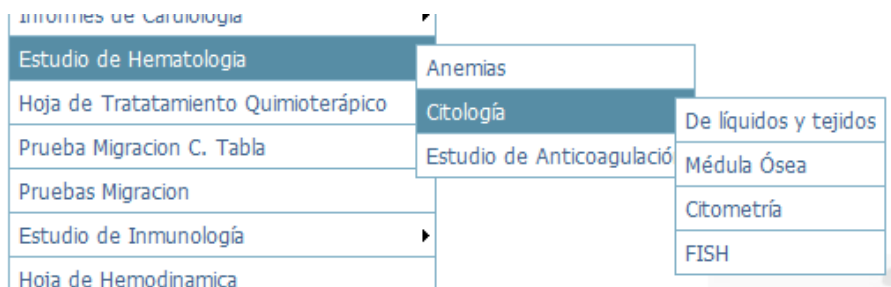


Fig 253.- Creación de Estudio de Líquidos y Tejidos

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

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



Estudio Citológico de Líquidos Biológicos (PROVISIONAL)

Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795605	Paciente:	
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-
				CP:	-

Datos del Estudio

Petición:	<input type="text"/>	F.Entrada:	<input type="text"/>
Doctor:	<input type="text"/>	Cama:	-
Destino:	<input type="text"/>	Motivo de Estudio:	<input type="text"/>

Datos del estudio

Material a Estudiar :

Comentario Morfológico :

Juicio Diagnóstico :

Código Diagnóstico :

Comentario final

Firmas adicionales

Fig 254.- Formulario de Estudio de Líquidos y Tejidos

Este es el formulario estándar de Estudio de Líquidos y Tejidos. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 255.- Botones utilizados para guardar Estudio de Líquidos y Tejidos

12.2.2 Consulta de Estudio de Líquidos y Tejidos

Un Estudio de Líquidos y Tejidos realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Líquidos y Tejidos.

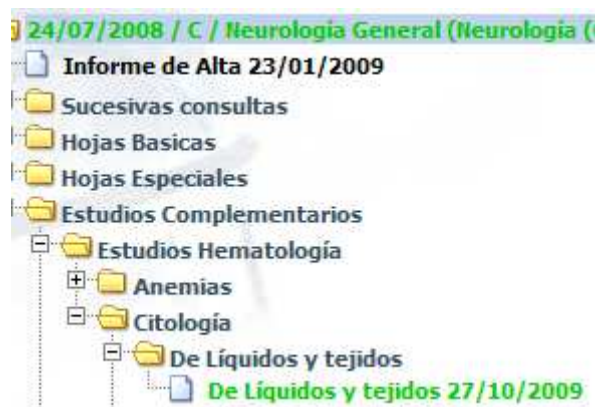


Fig 256.- Estructura de un episodio con Estudio de Líquidos y Tejidos

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre el Estudio de Líquidos y Tejidos, la visualización de éste será diferente, es decir, verde si está guardado como provisional y negro si está guardado como definitivo.

12.3 Estudio de Médula Ósea

EM permite la creación de Estudios de Médula Ósea. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

12.3.1 Crear un Nuevo Estudio de Médula Ósea

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Médula Ósea, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:

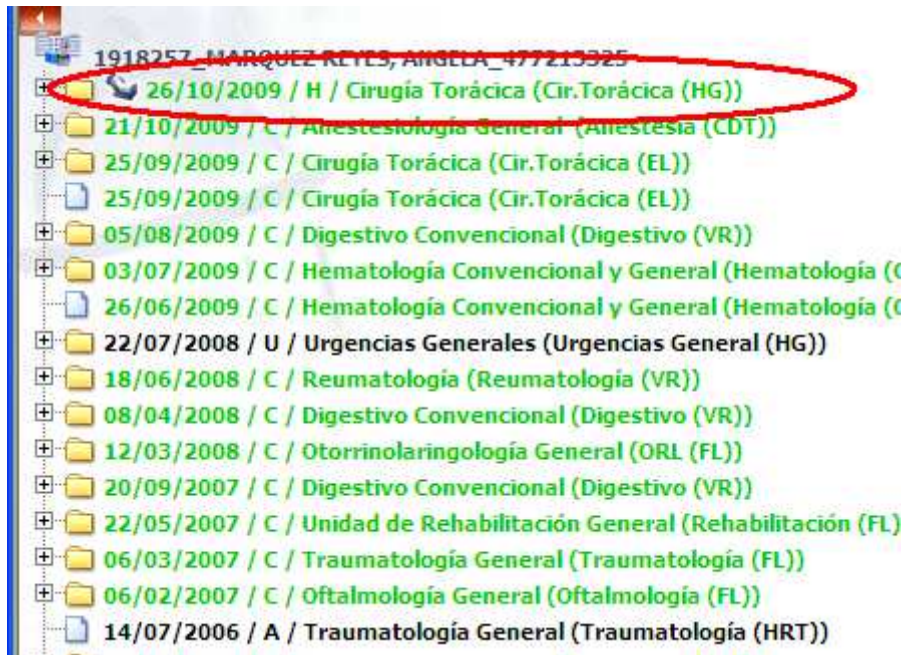


Fig 257.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción Médula Ósea.

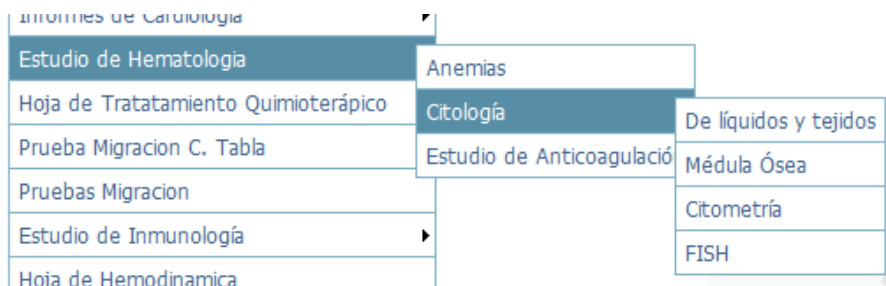



Fig 258.- Creación de Estudio de Médula Ósea

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



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



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Estudio de Médula Ósea (PROVISIONAL)
Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795605	Paciente:	CARMEN GOMEZ ORTEGA
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	ANTONIO MACHADO 19
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	PUEBLA DEL RIO (LA) CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-

Datos del Estudio

Petición:	<input type="text"/>	F. Entrada:	<input type="text"/>
Doctor:	<input type="text"/>	Cama:	-
Destino:	<input type="text"/>	Motivo de Estudio:	<input type="text"/>

Estudio de la sangre periférica (hemocitométrico y citológico)

Hemátios: x 10¹²/L Hb: g/L Hto: L/L Reticulocitos: x 10⁹/L

VCM: FL HCM: pg CHCM: g/L

Leucocitos: x 10⁹/L Bandas: % Segmentados: % Eosinófilos: %

Basófilos: % Linfocitos: % Monocitos: %

Otras células:

Plaquetas: x 10⁹/L Normoblastos: x 100 Leucocitos

Comentario morfológico:

Estudio citológico de la médula ósea (punción aspirado)

Celularidad

Celularidad: Relación M/E:

S. Roja

S. Roja: %

Fig 259.- Formulario de Estudio de Médula Ósea Parte 1

S. Granulocítica

S. Granulocítica: % Patrón: Seleccione un valor

Eosinófilos: %

S. Megacariocítica

S. Megacariocítica: Seleccione un valor

Monocitos: %

Macrófagos: %

Linfocitos: %

Plasmocitos: %

Blastos: %

Comentarios:

Otras células

Citoquímica

NSB: % Patrón: Seleccione un valor

PAS: % Patrón: Seleccione un valor

MPO: % Patrón: Seleccione un valor

Tinción de Perls:

Disponibles

- Hierro hemosiderinico aumentado (3+ sobre un máximo de 4+)
- Hierro hemosiderinico muy aumentado (4+ sobre un máximo de 4+)
- Hierro hemosiderinico normal (1+ sobre un máximo de 4+)
- Hierro hemosiderinico normal (2+ sobre un máximo de 4+)
- No se observa hierro hemosiderinico
- No se observa hierro hemosiderinico en el material obtenido

+ agregar todos

Sideroblastos: Seleccione un valor

CAE: %

Disponibles

- Se realiza recuento de la celularidad total granulo-monocítica.
- Se realiza recuento solo de población blástica.

+ agregar todos

Seleccionados

- quitar todos

Seleccionados

- quitar todos

Fig 260.- Formulario de Estudio de Médula Ósea Parte 2

Patrón:

ANAE: %

Disponibles

Se realiza recuento de la celularidad total granulo-monocítica.
Se realiza recuento solo de población blástica.

>> <<

Seleccionados

+ agregar todos - quitar todos

Patrón:

ANAE con FNa:

FAG (real. SP): Índice:

F. Ácidas: %

F. Ácidas con tartrato:

Rojo Oleoso: %

A. Toluidina: %

Disponibles

Se realiza recuento de la celularidad total granulo-monocítica.
Se realiza recuento solo de población blástica.

>> <<

Seleccionados

+ agregar todos - quitar todos

Otros:

Juicio diagnóstico

Otros datos de interés

Códigos diagnósticos

Comentario final

Firmas adicionales

Fig 261.- Formulario de Estudio de Médula Ósea Parte 3

Este es el formulario estándar de Estudio de Médula Ósea. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 262.- Botones utilizados para guardar Estudio de Médula Ósea

12.3.2 Consulta de Estudio de Médula Ósea

Un Estudio de Médula Ósea realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Médula Ósea.

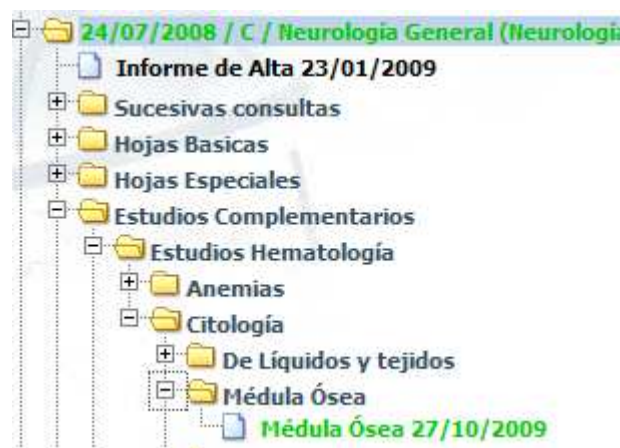


Fig 263.- Estructura de un episodio con Estudio de Médula Ósea

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre el Estudio de Médula Ósea, la visualización de éste será diferente, es decir, verde si está guardado como provisional y negro si está guardado como definitivo.

12.4 Estudio de Citometría

EM permite la creación de Estudios de Citometría. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

12.4.1 Crear un Nuevo Estudio de Citometría

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Citometría, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 264.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción Citometría.

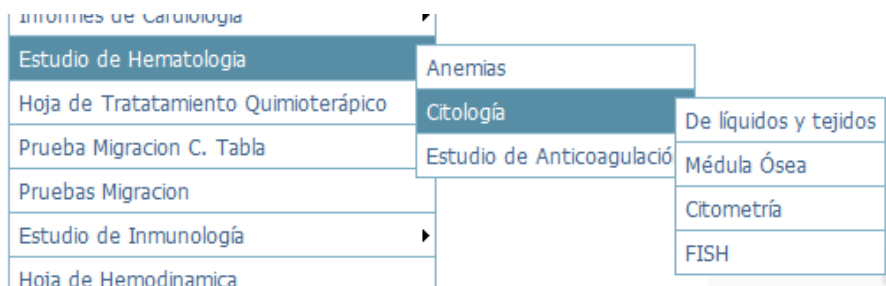


Fig 265.- Creación de Estudio de Citometría

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



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

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

Estudio de Citofluorimetría (PROVISIONAL)
Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795605	Paciente:	CARMEN GOMEZ ORTEGA
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	ANTONIO MACHADO 19
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	PUEBLA DEL RIO (LA) CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-

Datos del Estudio

Petición: <input type="text"/>	F. Entrada: <input type="text"/>
Doctor: <input type="text"/>	Cama: <input type="text"/>
Destino: <input type="text"/>	Motivo de Estudio: <input type="text"/>

Material a estudiar:

Población analizada:

Marcadores de línea B

CD19: <input type="text"/> %	CD10: <input type="text"/> %	CD79b: <input type="text"/> %
CD22: <input type="text"/> %	CD20: <input type="text"/> %	CD23: <input type="text"/> %
Kappa: <input type="text"/> %	Lambda: <input type="text"/> %	Fmc7: <input type="text"/> %
CD138: <input type="text"/> %	CD24: <input type="text"/> %	CD9: <input type="text"/> %

Marcadores de línea T

CD7: <input type="text"/> %	CD2: <input type="text"/> %	CD4: <input type="text"/> %
CD3: <input type="text"/> %	CD5: <input type="text"/> %	CD8: <input type="text"/> %
CD1: <input type="text"/> %		

Marcadores de línea NK

CD56: <input type="text"/> %	CD57: <input type="text"/> %	CD16: <input type="text"/> %
------------------------------	------------------------------	------------------------------

Marcadores de células progenitoras

CD34: <input type="text"/> %	tdT: <input type="text"/> %	CD117: <input type="text"/> %
CD45: <input type="text"/> %		

Marcadores mielomonocíticos

CD33: <input type="text"/> %	CD14: <input type="text"/> %	CD11b: <input type="text"/> %
CD13: <input type="text"/> %	CD15: <input type="text"/> %	CD11c: <input type="text"/> %
CD64: <input type="text"/> %	CD65: <input type="text"/> %	
CD123: <input type="text"/> %	CD66b: <input type="text"/> %	KORSA: <input type="text"/> %

Marcadores de activación

HLA-DR: <input type="text"/> %	CD38: <input type="text"/> %
CD25: <input type="text"/> %	CD71: <input type="text"/> %

Marcadores megacariocíticos

CD36 (gpIV): <input type="text"/> %	CD42a (gpIX): <input type="text"/> %	CD61 (gp-IIIa): <input type="text"/> %
CD41 (gpIIb/IIIa): <input type="text"/> %	CD42b (gpIb): <input type="text"/> %	CD49b (gpIa): <input type="text"/> %

Marcadores intracelulares

MPO: <input type="text"/> %	cCD3: <input type="text"/> %
cCD79a: <input type="text"/> %	cIgM: <input type="text"/> %

Fig 266.- Formulario de Estudio de Citometría Parte 1



Paneles

Panel aplicado: ▼

EMR:

Otros marcadores

Marcaje múltiple

Juicio diagnóstico

Comentarios

Código Diagnóstico :

▼

Firmas adicionales

Fig 267.- Formulario de Estudio de Citometría Parte 2

Este es el formulario estándar de Estudio de Citometría. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 268.- Botones utilizados para guardar Estudio de Citometría

12.4.2 Consulta de Estudio de Citometría

Un Estudio de Citometría realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Citometría.

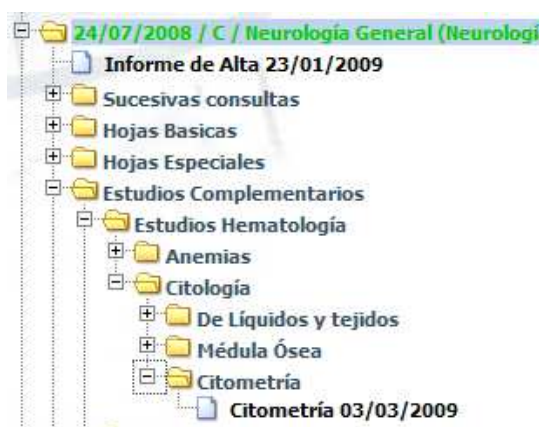


Fig 269.- Estructura de un episodio con Estudio de Citometría

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

12.5 Estudio de FISH

EM permite la creación de Estudios de FISH. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

12.5.1 Crear un Nuevo Estudio de FISH

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de FISH, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 270.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción FISH.

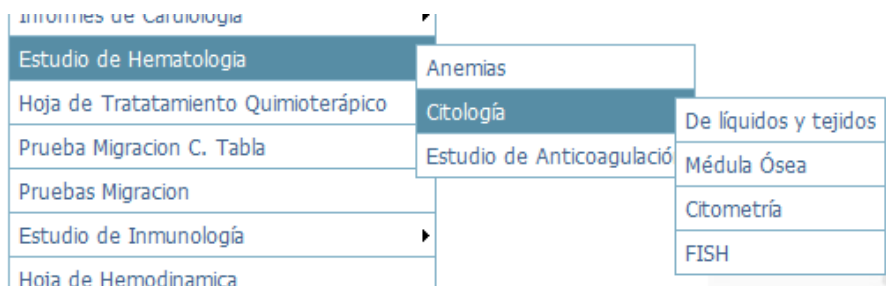


Fig 271.- Creación de Estudio de FISH

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



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

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

Estudios FISH (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1111111	Nº Episodio:	2795605	Paciente:	CARMEN GOMEZ ORTEGA
NUHSA:	572676277	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	ANTONIO MACHADO 19
NUSS:	41/0092615900	Sexo:	Mujer	Localidad:	PUEBLA DEL RIO (LA) CP: -
F. Nacimiento:	28/04/1981	Edad:	28	Provincia:	-

Datos del Estudio

Petición: **F.Entrada:**

Doctor: **Cama:** -

Destino: **Motivo de Estudio:**

Material a estudiar: Seleccione un valor **Población analizada:** Seleccione un valor

BCL6:	<input type="text"/>	%	CEP12:	<input type="text"/>	%	BCL2:	<input type="text"/>	%
5q33-34:	<input type="text"/>	%	TEL/AML1:	<input type="text"/>	%	ATM:	<input type="text"/>	%
7q31:	<input type="text"/>	%	13q14.3:	<input type="text"/>	%	cepXX:	<input type="text"/>	%
CEP8:	<input type="text"/>	%	13q34:	<input type="text"/>	%	cepXY:	<input type="text"/>	%
MLL/11q23:	<input type="text"/>	%	p53:	<input type="text"/>	%	aml/eto:	<input type="text"/>	%
CCND1:	<input type="text"/>	%	BCR/ABL:	<input type="text"/>	%	cmyc:	<input type="text"/>	%
FGFR3:	<input type="text"/>	%	PML/RAR:	<input type="text"/>	%	20q:	<input type="text"/>	%
c-maf:	<input type="text"/>	%	CEP3:	<input type="text"/>	%	MALT:	<input type="text"/>	%
Hiperploidia:	<input type="text"/>	%	6q:	<input type="text"/>	%	IgH:	<input type="text"/>	%

Juicio diagnóstico

Comentarios

Código Diagnóstico: Seleccione un valor

Firmas adicionales

Fig 272.- Formulario de Estudio de FISH

Este es el formulario estándar de Estudio de FISH. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 273.- Botones utilizados para guardar Estudio de FISH

12.5.2 Consulta de Estudio de FISH

Un Estudio de FISH realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en FISH.

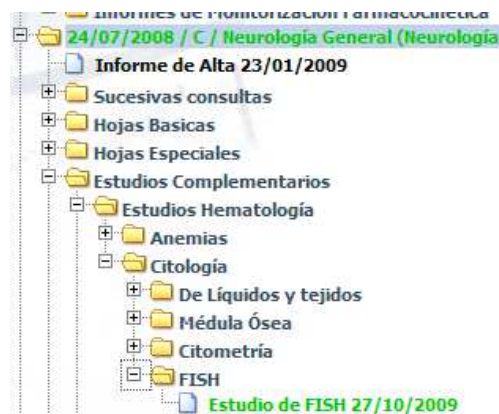


Fig 274.- Estructura de un episodio con Estudio de FISH

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

12.6 Estudio de Anticoagulación

EM permite la creación de un estudio de Anticoagulación. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado éxito. Este estudio permite hacer un seguimiento en pacientes anticoagulados que se encuentran hospitalizados en los HHUUVR o bien son citados para consulta.

12.6.1 Crear un Nuevo Estudio Anticoagulación

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo estudio de anticoagulación, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 275.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Estudio de Hematología y dentro de este en Estudio de Anticoagulación.



Fig 276.- Creación de un Estudio de Anticoagulación

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

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



Tiempo de inactividad: 00:24:46

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Estudio de Anticoagulación (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC: 9999999	Nº Episodio: 9695631	Paciente: LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: 99999999	Tipo ingreso: Hospitalizacion	Domicilio: GERANIO 16 0
NUSS: 41/003620999999	Sexo: Mujer	Localidad: OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento: 07/05/2008	Edad: 1	Provincia: SEVILLA

Control Tratamiento Anticoagulante

Fecha Estudio: 26/10/2009	Centro Hospitalario: Seleccione un valor
Cama: -	Unidad Funcional: Pediatria General (Pediatria general (HI))
Peso: <input type="text"/> Kg.	Otros: <input type="text"/>

Tratamiento Anticoagulante Previo: No Si

Motivo de Ingreso / Sospecha diagnóstica

Motivo de Anticoagulación

Fig 277.- Formulario de un Estudio de Anticoagulación. Parte 1

Tratamiento Anticoagulante

Fecha Control: Fecha Próximo Control:

Tipo de Tratamiento: Disponibles: Heparina de bajo Peso Molecular, Heparina sódica, Tratamiento Anticoagulante Oral. Seleccionados:

Pruebas: Disponibles: 3043 - INR, 3044 - TPTA, 3045 - TPTA Ratio. Seleccionados:

Medicamentos: Disponibles: Otros, Sintrom (4 mgs), Sintrom Uno (1 mg). Seleccionados:

Dosis: Lun Mar Mie Jue Vie Sab Dom

Comentarios:

Dar de Alta: No Si

Fecha	Próximo Control	Tipo de Tratamiento	Pruebas	Medicamentos	Otros Medicamentos	Dosis	Comentarios	Dado Alta
Aún no se ha insertado ningún elemento.								

Fig 278.- Formulario de un Estudio de Anticoagulación. Parte 2

Este es el formulario estándar del estudio de Anticoagulación. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 279.- Botones utilizados para guardar el estudio de Anticoagulación

12.6.2 Consulta de un Estudio de Anticoagulación

Un estudio de Anticoagulación realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de este en Anticoagulación.

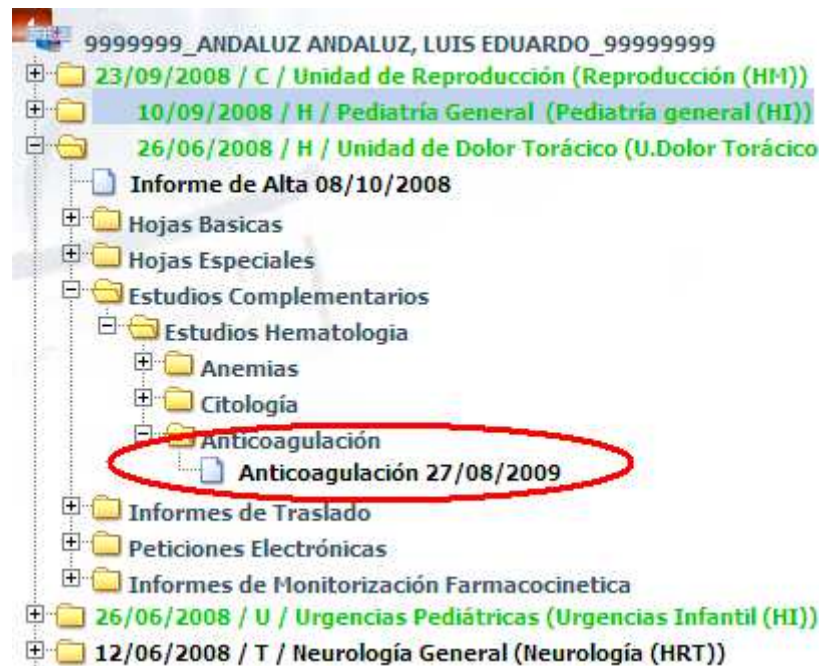


Fig 280.- Estructura de un episodio con Estudio de Anticoagulación

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por servicio, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

12.6.3 Generar Alta de Anticoagulación

Una vez el estudio de Anticoagulación ha sido guardado como versión provisional podremos generar el alta de anticoagulación. Para ello bastará con pulsar sobre el botón Generar Alta de Anticoagulación:

Generar Alta de Anticoagulación

Tras pulsar sobre este botón nos generará el informe de alta de anticoagulación, el cual tiene la siguiente apariencia:



Tempo de inactividad: 00:29:39

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Unidad Clínica de Genética, Reproducción y Medicina Fetal

Alta de anticoagulación (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NIHC:	9999999	Nº Episodio:	11111122	Paciente:	LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ	
NUHSA:	99999999	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	GERANIO 16 0	
NIUSS:	41/003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES	CP: 41804
F. Nacimiento:	07/05/2008	Edad:	1	Provincia:	SEVILLA	

Datos del informe

Fecha Informe: 07/11/2008

Peso: Kg.

Cama:

Motivo de Ingreso / Sospecha Diagnóstica

Motivo de Ingreso / Sospecha diagnóstica

Motivo del Tratamiento Anticoagulante

Motivo de Anticoagulación

Fig 281.- Alta de Anticoagulación. Parte 1

Tratamiento Anticoagulante Oral

Medicación:

Medicamentos disponibles: Sintrom (4 mgs), Aldocumar 1, Aldocumar 3, Aldocumar 5, HBPM

Medicamentos seleccionados: Aldocumar 10, Sintrom Uno (1 mg)

[+] Agregar todos [-] Quitar todos

Rango Terapéutico: 2-6

Fecha Inicio TAO: 07/11/2008 Código TAO: 11

Último Control: 08/11/2008 INR: 23

Pauta Aconsejada:

Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
-	34	-	-	-	3	-

Dosis semanal (mgrs): dosis

Tratamiento adicional con HBPM:
Tratamiento adicional con h b p m

Revisiones

Próximo control ambulatorio en 1º planta del C.D.T.: 17/11/2008 12:13

No precisa venir en ayunas para el control del tratamiento
Si tiene alguna complicación hemorrágica, suspenderá este tratamiento e inmediatamente deberá realizarse un control

Firmas Adicionales

Firmas Adicionales 1
Firmas Adicionales 2

Guardar Versión

Fig 282.- Alta de Anticoagulación. Parte 2

Este informe, al igual que el estudio de anticoagulación podrá guardarse usando los botones Versión Provisional y Versión Definitiva. Además, una vez guardado aparecerá en el árbol de episodios en estudios complementarios dentro de una carpeta llamada Alta de Anticoagulación.

13 Unidad de Trabajo Social

13.1 Hoja de Intervención Social

EM permite la creación de Hoja de Intervención Social de Urgencias. Esta hoja puede ser creada en cualquier tipo de episodio sin tener en cuenta el estado del mismo, por tanto pueden crearse varias hojas para un mismo episodio sin importar que el paciente haya sido dado ya de alta.

13.1.1 Crear una nueva Hoja de Intervención Social

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear una nueva Hoja de Intervención Social, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico.

Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear la hoja:

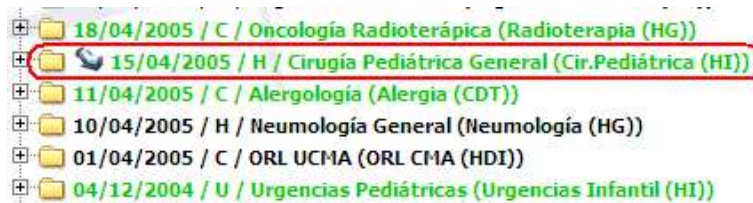


Fig 283.- Árbol de Episodios

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



Fig 284.- Creación de Hoja de Intervención Social

Al seleccionar Hoja de Intervención Social podría preguntarnos si deseamos recuperar información de una hoja de intervención social creada anteriormente.

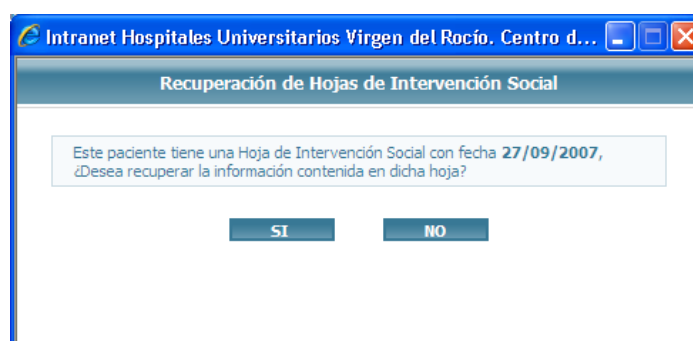


Fig 285.- Recuperar de una Hoja de Intervención Social anterior



En función de la respuesta elegida nos creará una nueva hoja con datos ya introducidos de la hoja anterior o bien nos creará una hoja con todos los campos vacíos. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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

⌚ Tiempo de inactividad: 00:29:49

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

Hoja de Intervención Social (PROVISIONAL) Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC: 9999999	Nº Episodio: 1111111	Paciente: LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: 99999999	Tipo ingreso: Hospitalizacion	Domicilio: GERANIO 16 0
NUSS: 41/003620999999	Sexo: Mujer	Localidad: OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento: 07/05/2008	Edad: 1	Provincia: SEVILLA

Datos de la hoja

Fecha Ingreso: 15/04/2005	Procedencia: Cirugía Pediátrica General (Cir.Pediátrica (HI))
Fecha Alta Hospitalaria: -	Ingresado: Si
Centro: <input type="text" value="Seleccione un valor"/>	Fecha Alta Clínica: 29/10/2009
Teléfono: <input type="text"/>	Habitación: <input type="text"/>
Doctor: <input type="text"/>	DUE: <input type="text"/>
Estructura familiar: <input type="text" value="Seleccione un valor"/>	Nº de miembros: <input type="text"/>

Historia Social:

Fecha recepción TS: 29/10/2009	Distrito servicios sociales: <input type="text" value="Seleccione un valor"/>
Fecha intervención TS: 29/10/2009	Trabajador social: <input type="text"/>
Fecha solicitud recurso: <input type="text" value=""/>	Procedencia: <input type="text" value="Seleccione un valor"/>
Hoja de consulta: <input type="checkbox"/>	

Fig 286.- Formulario de Hoja de Intervención Social. Parte 1

Demanda:

Diagnóstico Social:

Seleccione un valor

Agregar diagnóstico

Intervenciones:

Seleccione un valor

Agregar intervención

Firmas adicionales

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 287.- Formulario de Hoja de Intervención Social. Parte 2.

Este es el formulario estándar de la Hoja de Intervención Social. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en la hoja, debemos guardarla, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”. En caso de que el episodio del paciente pertenezca al Hospital Infantil sólo aparecerá el botón de “Versión Provisional”.



Fig 288.- Botones utilizados para guardar la Hoja de Intervención Social.

13.1.2 Consulta de Hoja de Intervención Social

Una Hoja de Intervención Social realizada puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta *Hojas Especiales*.

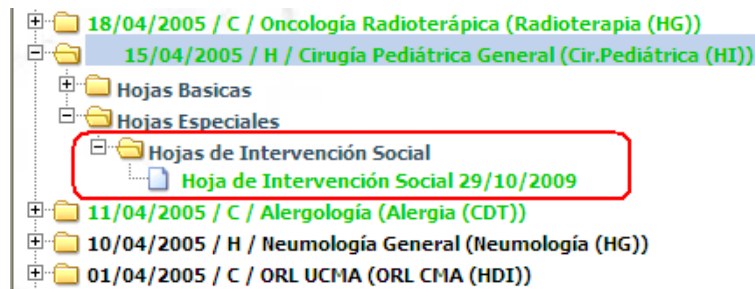


Fig 289.- Estructura de un episodio con una Hoja de Intervención Social

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por Unidad Funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre la Hoja de Intervención Social, la visualización de ésta será diferente, es decir, verde si está guardada como provisional y negro si está guardada como definitivo.

14 Clínica del Dolor

14.1 Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

EM permite la creación de Hojas de Consulta de la Clínica del Dolor. Esta hoja puede crearse en cualquier episodio de consulta, siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

14.1.1 Crear una nueva Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear una nueva Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear la hoja:

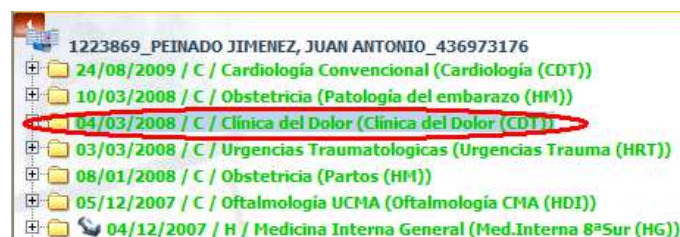


Fig 290.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio, debemos de seleccionar el menú Crear y a continuación la opción Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor.



Fig 291.- Creación de Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

Esta hoja contiene diferentes secciones, que se utilizan según la evolución de la patología del paciente.



Fig 292.- Pestañas de la Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

Se describen a continuación las diferentes secciones de la Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor.

14.1.2 Datos Solicitud

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:



Tiempo de inactividad: 00:25:12



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Consulta de la Clínica del Dolor (PROVISIONAL)

Datos Solicitud Revisiones Hoja de Cuidados

Identificación del Paciente

NHC:	1223869	Nº Episodio:	1625420	Paciente:	JUAN ANTONIO PEINADO JIMENEZ
NUHSA:	436973176	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	BERGANTIN 15
NUSS:	02/0002517308	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA
F. Nacimiento:	11/06/1930	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA
				CP:	41012

Datos de la Visita

Fecha de la primera visita:	27/10/2009	Médico de la primera visita:	
Edad de la primera visita:		Edad actual:	79
Teléfono 1:	954615265	Teléfono 2:	617855225
Servicio remitente:		Profesión:	
Profesión:		Empresa:	
Situación laboral:	Seleccione un valor		
Régimen de visita / consulta:	Seleccione un valor		

Historia Clínica

Motivo de la Consulta:

Anamnesis:

Antecedentes personales

Sistema nervioso

- Sistema hematológico
- Sistema cardiovascular
- Sistema endocrino
- Sistema digestivo
- Sistema osteoarticular
- Sistema Uro-genital
- Sistema inmunológico
- Sistema respiratorio
- Piel y faneras
- Alergias
- Infecciones
- Otros

(Este documento ha sido movido desde otra historia clínica y por lo tanto los antecedentes personales han sido eliminados, por favor consulte los antecedentes de la historia) varón de 76 años.

Fig 293.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 1.

Intervenciones quirúrgicas

Fecha de la intervención:

Descripción de la intervención:

Agregar intervención

	Fecha	Descripción
🗑️	-	
🗑️	-	

Medicación no analgésica:

Exploración

Aspecto General

Cabeza y cuello

Tórax

Abdomen

Extremidades superiores

Extremidades inferiores

Columna

Exploraciones y pruebas complementarias

Fecha:

Agregar exploración

	Fecha	Exploración / Prueba
🗑️	-	
🗑️	-	

Valoración del dolor en la primera visita

Fecha:

EVA actual: EVA máximo:

Escala Lattinen:

Dermatoma primera visita

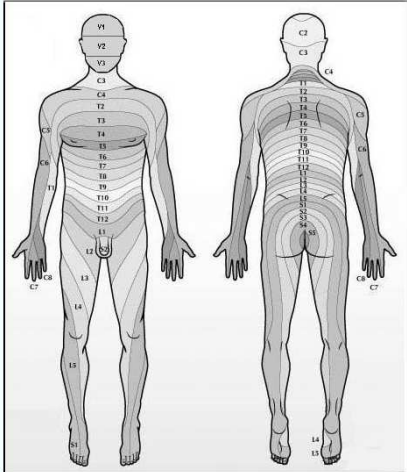


Fig 294.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 2.

Diagnóstico primera visita

Dolor crónico oncológico

Disponibles

- Cáncer de Pared Torácica
- Cáncer de Próstata
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de estómago
- Cáncer de esófago
- Cáncer de hígado y de vías biliares
- Cáncer de intestino

+ agregar todos

Etiologías

Seleccionados

- quitar todos

Disponibles

- Cerebrales
- Linfáticas
- Neurológicas
- Viscerales
- Oseas

+ agregar todos

Metástasis

Seleccionados

- quitar todos

Dolor crónico no oncológico

- Desconocido
- Mixto
- Musculoesquelético
- Neuropático
- Psicógeno
- Vascular
- Visceral

Dolor agudo

Disponibles

- Poltraumatizado
- Postoperatorio

+ agregar todos

Seleccionados

- quitar todos

Clasificación de la IASP

Primer diagnóstico:

Regiones: Sistemas afectados:

Características temporales: Duración e intensidad:

Etiología:

Codificación IASP: - - - - -

Fig 295.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 3.

Tratamiento analgésico previo a la primera visita

Fecha de inicio: Vía de administración:

Fármaco

Tipo: Principio activo:

Dosis

Cantidad: Medida: Frecuencia:

Fecha de finalización: Motivo de finalización:

Resumen del tratamiento:

Tratamiento farmacológico de primera visita

Fecha de inicio: Vía de administración:

Fármaco

Tipo: Principio activo:

Dosis

Cantidad: Medida: Frecuencia:

Fecha de finalización: Motivo de finalización:

Procedimientos terapéuticos

Tipo de elemento:

Tipo de Informe:

Fig 296.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 4.

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Actualizar la información almacenada.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Generar informe:** en base a la información introducida, se puede generar un informe de consulta (con distinta información según el tipo), con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.

Tipo de Informe:

Fig 297.- Generar informe



14.1.3 Revisiones

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tiempo de inactividad: 00:29:43

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Consulta de la Clínica del Dolor (PROVISIONAL)

Datos Solicitud Revisiones Hoja de Cuidados

Identificación del Paciente

NHC:	1223869	Nº Episodio:	3361899	Paciente:	JUAN ANTONIO PEINADO JIMENEZ	
NUHSA:	436973176	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	BERGANTIN 15	
NUSS:	02/0002517308	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA	CP: 41012
F. Nacimiento:	11/06/1930	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA	

2ª Revisión Histórico de Revisiones

Evolutivo

Fecha: Médico: Régimen de la visita / consulta:

Evolutivo:

Diagnóstico evolutivo

Dolor crónico oncológico

Etiologías

Disponibles

- Cáncer de Pared Torácica
- Cáncer de Próstata
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de estómago
- Cáncer de esófago
- Cáncer de hígado y de vías biliares
- Cáncer de intestino

+ agregar todos

Seleccionados

Metástasis

Disponibles

- Cerebrales
- Linfáticas
- Neurológicas
- Viscerales
- Oseas

+ agregar todos

Seleccionados

Dolor crónico no oncológico

Fig 298.- Formulario de la pestaña Revisiones. Parte 1.

Dolor agudo

Disponibles:

Seleccionados: Politraumatizado, Postoperatorio

+ agregar todos - quitar todos

Clasificación de la IASP

Primer diagnóstico:

Regiones: Sistemas afectados:

Características temporales: Duración e intensidad:

Etiología:

Codificación IASP: _ _ _ ; _ _ _

Valoración evolutiva del dolor

Fecha:

EVA actual: EVA máximo:

Estala Lattinen:

Dermatoma evolutivo

Tratamiento farmacológico

Fecha de inicio: Vía de administración:

Fármaco

Tipo: Principio activo:

Dosis

Cantidad: Medida: Frecuencia:

Fecha de finalización: Motivo de finalización:

Procedimientos terapéuticos

Tipo de elemento:

Fecha	Elemento	Descripción	Comentarios
13/08/2009	Bloqueo epidural	Lumbar	22

Fig 299.- Formulario de la pestaña Revisiones. Parte 2.

Desde esta sección se pueden realizar las siguientes acciones:

- **Guardar una nueva revisión.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Visualizar una revisión anterior:** Si existen revisiones anteriores, éstas pueden visualizarse mediante el botón

Si se escoge la opción de visualizar una revisión anterior, aparecerá una ventana desde la cual se podrán visualizar todas las revisiones y navegar entre ellas, utilizando los botones de revisión anterior (←) y revisión siguiente (→).

Tempo de inactividad: 00:29:29

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Consulta de la Clínica del Dolor (PROVISIONAL)

Datos Solicitud Revisiones Hoja de Cuidados

Identificación del Paciente

NHC:	1223869	Nº Episodio:	3361899	Paciente:	JUAN ANTONIO PEINADO JIMENEZ
NUHSA:	436973176	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	BERGANTIN 15
NUSS:	02/0002517308	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA CP: 41012
F. Nacimiento:	11/06/1930	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA

Nueva Revisión

2ª Revisión ←

Evolutivo

Fecha: 13/08/2009 Médico: - Régimen de visita / consulta: -

Evolutivo: -

Diagnóstico evolutivo

- Dolor agudo
- Politraumatizado
- Postoperatorio

Dermatoma evolutivo

Procedimientos terapéuticos

13/08/2009: / Bloqueo epidural / Lumbar / 22

Fdo.: Dr/Dra Aragón Serrano, Gustavo

Fig 300.- Visualización de revisiones



14.1.4 Hoja de Cuidados

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tempo de inactividad: 00:29:10

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Consulta de la Clínica del Dolor (PROVISIONAL)

Datos Solicitud Revisiones **Hoja de Cuidados**

Identificación del Paciente

NHC:	1223869	Nº Episodio:	3361899	Paciente:	JUAN ANTONIO PEINADO JIMENEZ	
NUHA:	436973176	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	BERGANTIN 15	
NUSS:	02/0002517308	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA	CP: 41012
F. Nacimiento:	11/06/1930	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA	

3ª Revisión Histórico de Revisiones

Evolutivo

Fecha: Enfermero/a:

Actividades

Administración de Fármaco intramuscular

- Administración de Fármaco oral
- Administración de fármaco subcutáneo
- Administración de fármaco intravenoso
- Cambio de patrones de estimulador
- Carga / colocación infusor continuo
- Ciclo / sesión de Tontoforesis
- Colaboración en bloqueo espinal
- Colaboración en bloqueo periférico
- Colaboración en infiltración articular
- Colaboración en retirada de catéter Hickman
- Consulta telefónica
- Cuidados por complicaciones de más de 120 minutos
- Cuidados por complicaciones de 90 a 120 minutos
- Cuidados Post-quirúrgicos en 24h
- Cuidados Post-quirúrgicos post 24h
- Cuidados post-técnica de más de 90 minutos
- Cuidados post-técnica entre 60 y 90 minutos
- Enseñanza al procedimiento
- Extracción sanguínea central
- Extracción sanguínea Periférica
- Heparenización / Mantenimiento de catéter central
- Monitorización de constantes
- Neuroestimulado Cambio de Programación
- Neuroestimulado Telemetría
- Valoración prequirúrgica
- Bomba Intratecal Telemetría
- Cambio de dosis de Bomba intratecal
- Recarga de bomba intratecal
- Recarga y cambio de dosis de bomba intratecal

Guardar Revisión

Fig 301.- Formulario Hoja de Cuidados.

Desde esta sección se pueden realizar las siguientes acciones:

- **Guardar una nueva revisión.** Esta acción se realiza mediante el botón

- **Visualizar una revisión anterior:** Si existen revisiones anteriores, éstas pueden visualizarse mediante el botón .

Si se escoge la opción de visualizar una revisión anterior, aparecerá una ventana desde la cual se podrán visualizar todas las revisiones y navegar entre ellas, utilizando los botones de revisión anterior () y revisión siguiente () , o el botón de visualizar todas las revisiones () . Además, se podrá imprimir alguna revisión ya realizada mediante el botón .

14.1.4.1.1 Visualización de la Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

Una Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Hojas Especiales, dentro de Hojas de Clínica del Dolor.



Fig 302.- Estructura de un episodio con Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

Esta hoja se encuentra siempre en estado provisional y por tanto aparece de color verde en el árbol de episodios.

Para ver cada uno de los apartados que tiene la hoja tan sólo deberemos hacer clic con el ratón en la pestaña correspondiente que deseemos visualizar.



Fig 303.- Pestañas de la Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor

15 Unidad Clínica de Atención Médico Integral

15.1 Hoja de Hipertensión y Embarazo

EM permite la creación de la Hoja de Hipertensión y Embarazo. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de la Unidad Clínica de Atención Médico Integral.

15.1.1 Crear una nueva choja de Hipertensión y Embarazo

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

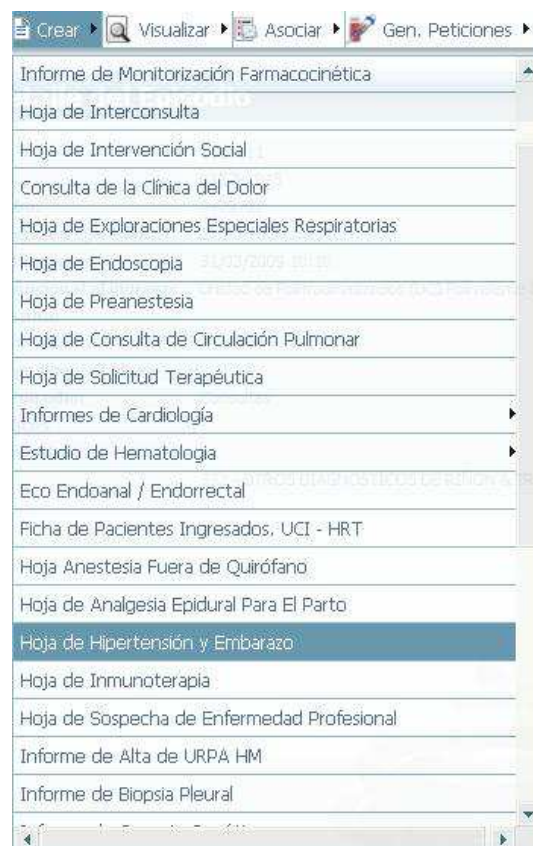


Fig 304.- Creación de una Hoja de Intervención y Embarazo

Al seleccionar Hoja de Intervención y Embarazo, en el lado derecho de la pantalla aparecerá el formulario de dicha Hoja. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Hoja de Hipertensión y Embarazo

Identificación del Paciente

NHC:	XXX	Nº Episodio:	XXX	Paciente:	XXX		
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	XXX	Domicilio:	XXX		
NUSS:	XXX	Sexo:	-	Localidad:	XXX	CP:	XXX
F. Nacimiento:	XXX	Edad:	XXX	Provincia:	XXX		

Datos del informe

Fecha Informe:

Datos personales

Fecha 1ª visita:

Semanas de amenorrea:

Raza/Pais:

FUR:

FM:

Hábitos tóxicos: Sí No

PPG:

Talla:

Grupo y Rh:

Profesión:

FPP:

FO:

PFG:

IMC:

Antecedentes

Antecedentes familiares de HTA:

Antecedentes personales:

HTA en gestación anterior: Sí No

Diabetes: Sí No

Patología tiroidea: Sí No

Otra patología:

Nefropatía: Sí No

Fig 305.- Formulario de la Hoja de Hipertensión y Embarazo, parte 1

Datos de gestión

Test gestación:

Embarazo programado: Sí No

Gestación:

Ingresos:

T.A.: / mmHg. Peso: kg.

Tratamiento:

Diagnóstico de THE:

Diagnósticos disponibles		Diagnósticos seleccionados
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"><ul style="list-style-type: none">Hipertensión crónicaHipertensión gestacionalPreeclampsiaSíndrome HELLPCrónica con preeclampsia superimpuesta</div>		<div style="border: 1px solid #ccc; width: 100%; height: 30px;"></div>
<input type="button" value="[+] Agregar todos"/>		<input type="button" value="[+] Quitar todos"/>

Semana del debut del THE:

Comentarios:

Parto/Aborto

Fecha:

Semanas de gestación:

Aceleración: Sí No

Inducción: Sí No

Tipo de parto:

Complicaciones: Sí No

Fig 306.- Formulario de la Hoja de Hipertensión y Embarazo, parte 2

Feto

Sexo:
APGAR: 1': 5': 10':
SDR: Sí No
Ictericia: Sí No
Ingreso en H.I.: Sí No
Comentarios:

Postparto

Lactancia materna: Sí No
Hipertensión: Sí No
Pruebas repetidas:

Fig 307.- Formulario de la Hoja de Hipertensión y Embarazo, parte 3

15.2 Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional

EM permite la creación de la Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de la Unidad Clínica de Atención Médico Integral.

15.2.1 Crear una nueva hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión

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

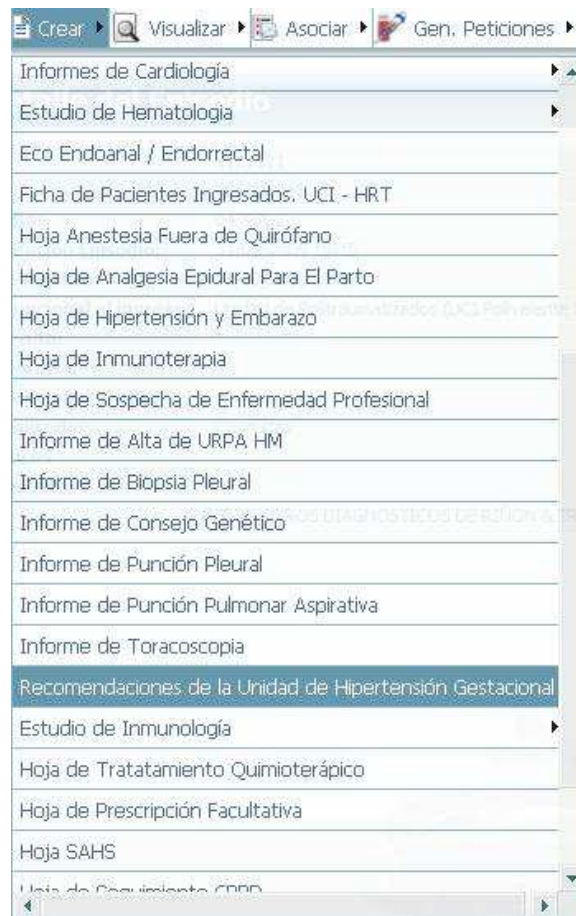


Fig 308.- Creación de una Hoja de Recomendaciones de Hipertensión

Al seleccionar Hoja de Recomendaciones de Hipertensión, en el lado derecho de la pantalla aparecerá el formulario de dicha Hoja. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

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



Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional

Identificación del Paciente

NHC:	XXX	Nº Episodio:	XXX	Paciente:	XXX
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	XXX	Domicilio:	XXX
NUSS:	XXX	Sexo:	-	Localidad:	XXX
F. Nacimiento:	XXX	Edad:	XXX	Provincia:	XXX

Datos del informe

Fecha Informe:

Tipo de Informe:

A la atención de

Sr. Médico de Atención Primaria:

Apreciado compañero/a:

Valoración del paciente:

Recomendaciones a tener en cuenta:

[Cerrar Previsualización](#)

Fig 309.- Formulario de la Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional

16 Obstetricia

16.1 Hoja de Obstetricia

EM permite la creación de Hojas de Obstetricia. Esta hoja puede crearse en episodios de hospitalización del servicio de obstetricia o de urgencias, siempre que no haya otra hoja de obstetricia ya en el episodio, puesto que solo puede existir una hoja de obstetricia por episodio.

La Hoja de Obstetricia se compone de varias pestañas, estas están agrupadas en dos, Datos Obstétricos y Datos Neonatológicos. Dentro de los Datos Obstétricos encontramos las pestañas de Valoración Inicial, Exploración, Latencia, Inducción, Partograma, Parto y Postparto. El grupo de pestañas de los Datos Neonatológicos se compone de Datos de Interés, Información Parto, Recién Nacido y Recién Nacido al Alta.

El flujo de trabajo siempre será completando las pestañas de izquierda a derecha.

16.1.1 Crear Hoja de Obstetricia

Para crear una hoja de obstetricia nos situamos en un episodio de hospitalización del servicio de obstetricia.



Fig 310.- Episodio de Obstetricia

Desplegamos las opciones del botón crear y buscamos la opción de “Hoja de Obstetricia”. Haciendo click sobre ésta crearemos una nueva hoja para el episodio en el que estábamos.

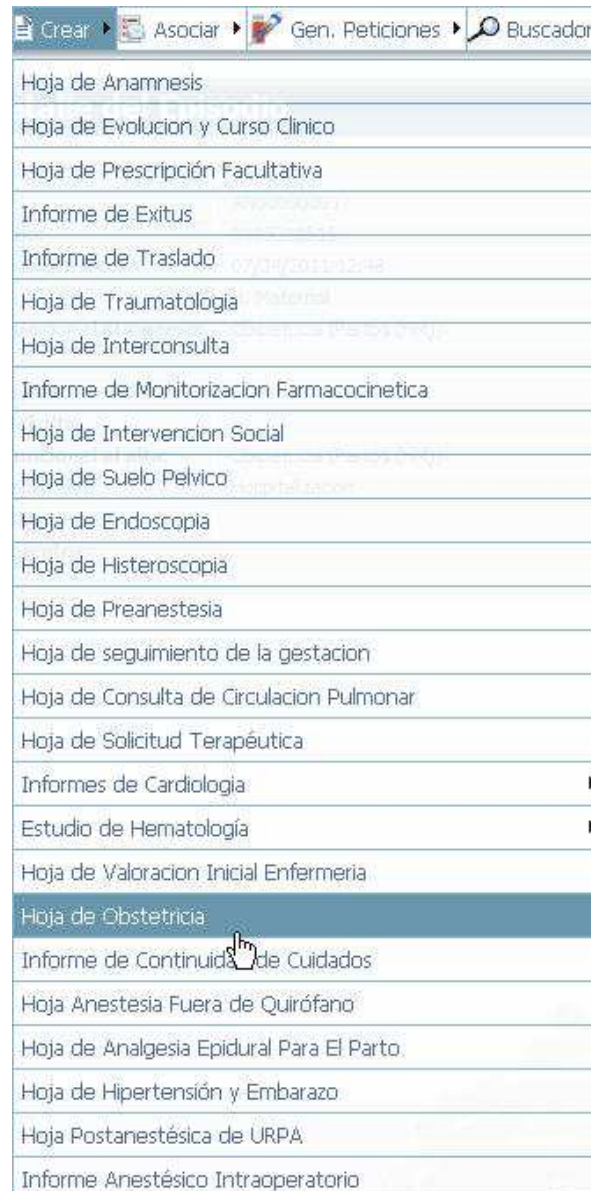


Fig 311.- Creación Hoja de Obstetricia

16.1.2 Datos Obstétricos

16.1.2.1 Valoración Inicial

En primer lugar nos encontramos con la pestaña de Valoración Inicial, donde encontramos información general sobre la embarazada.



Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos Datos Neonatológicos

Val. Inicial Exploración Latencia Inducción Partograma Parto Postparto

Identificación del Paciente

NHC: 22222	Nº Episodio:	Paciente: ADRIANA LIMA LOPEZ
NUHSA:	Tipo ingreso:	Domicilio:
NUSS:	Sexo:	Localidad: CP:
F. Nacimiento:	Edad:	Provincia:

Valoración Inicial

Exploración

Parto Múltiple: Sí No

Tamaño uterino: Altura: Frecuencia cardíaca fetal:

Situación: Presentación: Presentación:

Valoración

Servicio de Admisión: Contracciones Bolsa Rota APP
 Disuria Metrorragia
 Otros:

Cuidador familiar:

Entregado Consent. Infor. ADN Sí No

Alergias:

Hábitos: Tabaco Alcohol Otras

Medicamentos que toma:

Constantes Maternas

Tensión Arterial (mmHg): sistólica / diastólica Frecuencia cardíaca:

Temperatura: Edemas:

Datos Obstétricos

Fecha Última Regla: Fecha Prevista Parto: Semanas: Días:

Antecedentes obstétricos:

Gestaciones: Abortos: Partos: Vivos Muertos Cesáreas:

Motivo cesárea:

Situación actual

Contracciones rítmicas desde Fecha: / :

Bolsa Rota: Sí No Fecha: / : Aspecto:

Sangrado: Sí No Fecha: / :

Datos de Especial Interés: Sí No

Otros:

Educación maternal: Sí No Parcial Seguimiento embarazo:



Pruebas Complementarias realizadas durante el embarazo

Grupo:	<input type="text"/>	Rh:	<input type="text"/>
Estudio Preanestésico:	<input type="text"/>	Antígenos de superficie de Hepatitis B:	<input type="text"/>
Streptococo β agalactie:	<input type="text"/>		

Se cursa Grupo. Fecha: / :

Se cursa Rh. Fecha: / :

Se cursa Estudio Preanestésico. Fecha: / :

Observaciones

Realizada Por

Facultativo Staff Residente Matrona Res. Matrona

Fecha/Hora de Valoración Inicial: / :

Firmas adicionales

Dr/Dra

Matron/a

Fig 312.- Val. Inicial



16.1.2.2 Exploración

En la pestaña de Exploración encontramos los datos resultantes de la exploración realizada a la gestante.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val.Inicial | **Exploración** | Latencia | Inducción | Partograma | Parto | Postparto

Identificación del Paciente

IMC: 1111111 **Nº Episodio:** 9991041484 **Paciente:** Lucía Manzano Gomez

Exploración

Datos de Especial Interés:

Exploración

Parto Múltiple: Sí No

Tamaño uterino: Altura: Frecuencia cardíaca fetal:

Situación:

Rotura de Bolsa

Anamnesis

Bolsa íntegra.

Exploración

Sale líquido Sí No

Fecha Exploración: 07/06/2011 / 12:22

Amnioscopia

Aspecto: pH:

Cantidad: Test Fibronectina:

Estado Bolsa: Otros:

Rotura Bolsa:

Valoración Cervical

	BISHOP 0	1	2	3
Dilatación	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1-2	<input type="radio"/> 3-4	<input type="radio"/> 5-6 ó más
Borramiento %	<input checked="" type="radio"/> 0-30	<input type="radio"/> 40-50	<input type="radio"/> 60-70	<input type="radio"/> 80-100
Consistencia	<input checked="" type="radio"/> Dura	<input type="radio"/> Media	<input type="radio"/> Blanda	
Posición	<input checked="" type="radio"/> Posterior	<input type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Centrado	
Altura fetal	<input checked="" type="radio"/> SES	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II	<input type="radio"/> III-IV

TOTAL BISHOP:

Registro Cardiotocográfico:

Frecuencia cardíaca fetal:

Dinámica uterina:

Pruebas Complementarias

Grupo: Rh:

Estudio Preanestésico: Antígenos de superficie de Hepatitis B:

Streptococo β agalactie:

Serología (Toxoplasma, Rubéola, Lues, VHB, VIH)

Sí No Desconocido

Toxoplasma: Rubéola: Lues: VHB: VIH:

VHC - Virus Hepatitis C: CMV - Citomegalovirus:

Observaciones

Atendida Por

Facultativo Staff Residente Matrona Res. Matrona

Paso a:

Fecha/Hora: / :

Firmas adicionales

Dr/Dra:

Matron/a:

Versión Provisional

Fig 313.- Exploración



16.1.2.3 Latencia

En la pestaña de latencia se introducen los datos recogidos de las exploraciones realizadas durante la fase de latencia del parto.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val. Inicial | Exploración | **Latencia** | Inducción | Partograma | Parto | Postparto

Identificación del Paciente

RHC: 1111111 | Nº Episodio: 9991041484 | Paciente: Lucía Manzano Gomez

Latencia

Datos de Especial Interés:

Rotura de Bolsa

Anamnesis
Bolsa íntegra.

Exploración
Sale líquido Sí No

Fecha Exploración: 07/06/2011 / 12 : 23

Amnioscopia

Aspecto:
Cantidad:
Estado Bolsa:
Rotura Bolsa:

pH:
 Test Fibronectina:
 Otros:

Exploraciones en fase de Latencia (hasta 3 cm.)

Médico/Matrona	Fecha/Hora	Borramiento	Cérvix	Dilatación	Posición	Alt. present.	T.B.F.	Temperatura	Frecuencia Cardíaca Materna	Tensión Arterial (mmHg)	Bolsa Rota
Médico/Matrona: <input type="radio"/> Staff <input checked="" type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Matrona <input type="radio"/> Res. Matrona Ordóñez Benavente, Rafael	Fecha/hora: 07/06/2011 / 12 : 23	Cervix: Dilatación: <input type="text"/>	Borramiento: <input type="text"/>	Posición: <input type="text"/>	Altura presenta: <input type="text"/>	Test de Bienestar Fetal: <input type="text"/>	Frecuencia Cardíaca Materna: <input type="text"/>	Tensión Arterial (mmHg): sistólica <input type="text"/> / diastólica <input type="text"/>	Bolsa Rota: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	<input type="button" value="Agregar"/>	

Exploraciones Especiales

Médico/Matrona	Fecha/Hora	Prueba	Resultado
Médico / Matrona: <input type="radio"/> Staff <input checked="" type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Matrona <input type="radio"/> Res. Matrona Marín Reyes, Javier	Fecha/hora: 03/04/2012 / 14 : 02	Prueba: <input type="text"/>	Resultado: <input type="text"/>

Tratamiento Intraparto

Prescriptor/a	Fecha/Hora	Principio activo	Medicación Medicamento	Posología
Prescriptor/a: <input type="radio"/> Staff <input checked="" type="radio"/> Residente Ordóñez Benavente, Rafael	Fecha/hora: 07/06/2011 / 12 : 23	Principio Activo: <input type="text"/>	Medicamento: <input type="text"/>	Posología: <input type="text"/>

Administración de Medicamentos

Médico/Matrona	Fecha/Hora	Principio Activo	Medicamento	Posología
Médico / Matrona: <input type="radio"/> Staff <input checked="" type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Matrona <input type="radio"/> Res. Matrona Ordóñez Benavente, Rafael	Fecha/hora: 07/06/2011 / 12 : 23	Principio Activo: <input type="text"/>	Medicamento: <input type="text"/>	Posología: <input type="text"/>

Observaciones

Firmas adicionales

Dr/Dra:
Matron/a:

Versión Provisional

Fig 314.- Latencia



16.1.2.4 Inducción

La pestaña de inducción se completa en el caso de que el parto se provoque, recogiendo los datos correspondientes.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val. Inicial | Exploración | Latencia | Inducción | Partograma | Parto | Postparto

Identificación del Paciente

IMC: 1111111 | Nº Episodio: 9991041484 | Paciente: Lucía Marzano Gomez

Inducción

Datos de Especial Interés:

Rotura de Bolsa

Anamnesis
Bolsa íntegra.

Exploración
Sale líquido Sí No

Fecha Exploración: 07/06/2011 / 12 : 24

Amnioscopia

Aspecto: [dropdown]
Cantidad: [dropdown]
Estado Bolsa: [dropdown]
Rotura Bolsa: [dropdown]

pH: [input]
 Test Fibronectina: [dropdown]
 Otros: [input]

Maduración Cervical

Médico/Matrona	Fecha	Indicado	Motivo	Bishop previo	Medicación	Médico/Matrona	Valorado	Fecha	Bishop final
----------------	-------	----------	--------	---------------	------------	----------------	----------	-------	--------------

Indicado por: Staff Residente Matrona Res. Matrona | Ordóñez Benavente, Rafael

Fecha/hora: 07/06/2011 / 12 : 24

Motivo: [dropdown]

Bishop previo: 0 [input]

Medicación: [dropdown]

Valorado por: Staff Residente Matrona | Marín Reyes Javier

Fecha/hora: 04/04/2012 / 14 : 25

Bishop final: [input]

Inducción

INDUCCIÓN por: [dropdown]

Medicación: [dropdown]

Bishop previo: 0 [input]

Dr./Dra.: Staff Residente | Ordóñez Benavente, Rafael

Semanas: 0 | Días: 0

Fecha/hora: 07/06/2011 / 12 : 24

Observaciones

[input]

Firmas adicionales

Dr./Dra: [input]
Matron/a: [input]

Versión Provisional

Fig 315.- Inducción

16.1.2.5 Partograma

La pestaña de partograma recoge la representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo del parto.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val. Inicial | Exploración | Latencia | Inducción | **Partograma** | Parto | Postparto

Identificación del Paciente

IMC: 1111111 | **Nº Episodio:** 9991041484 | **Paciente:** Lucia Manzano Gomez

Partograma

Datos de Especial Interés:

Rotura de Bolsa

Anamnesis
Bolsa íntegra.

Exploración
Sale líquido: Sí No

Fecha Exploración: 07/06/2011 / 12 : 24

Amnioscopia

Aspecto:
Cantidad:
Estado Bolsa:
Rotura Bolsa:

pH:
 Test Fibronectina:
 Otros:

Partograma

Fecha: 07/06/2011 / 12 : 24

PARTOGRAMA

Legend: ■ Frecuencia Cardíaca Fetal ■ Contracción /10 minutos ▲ Cm. dilat. (0/0) Planos pélvicos

Datos del partograma

Fecha/hora: 04/04/2012 / 14 : 29

Explorada por: Staff Residente Matrona Res. Matrona Marín Reyes, Javier

Frecuencia Cardíaca Fetal: **Contracción /10 minutos:** **Cm. dilatación:**

Planos pélvicos: **Presentación Fetal:** Cefálica **Posición Fetal:** Íliaca Anterior

Caput: No Sí **Registro CTG:**

pH: **Tensión Arterial (mmHg) sistólica:** / diastólica:

Temperatura:

Técnica anestésica:

Sondaje Vesical: No Sí

Agregar

Observaciones

Firmas adicionales

Dr./Dra:
Matron/a:

Versión Provisional

Fig 316.- Partograma

16.1.2.6 Parto

La pestaña de Parto recoge los datos propios del parto, así como el número de recién nacido y sus datos.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val. Inicial | Exploración | Latencia | Inducción | Partograma | **Parto** | Postparto

Identificación del Paciente

IMC: 1111111 | Nº Episodio: 9991041484 | Paciente: Lucía Manzano Gomez

Recién Nacido

Datos Obstétricos

Fecha Última Regla: [] [] [] | Fecha Prevista Parto: [] [] [] | Semanas: 0 | Días: 0

Para: Seleccione un valor [v] | Grupo/RH: Seleccione un valor [v]

Número de Recién Nacidos Introducidos: 0

Recién Nacido

Datos del parto

Fecha/hora: 11/04/2012 / [] [] [] | Técnica anestésica: General [v]

Recién Nacido/Feto: Vivo Muerto

Muerto antes de 24h: Sí No

Presentación: Cefálica [v]

Técnica asistencial: Espontánea [v]

Complicaciones técnicas: Sí No

Episiotomía: Sí No

Complicaciones: Sí No

Alumbramiento a los: 2 minutos por Crede [v]

Particularidades alumbramiento y anejos fetales: Otras [v]

Alumbramiento manual: Sí No

Test APGAR	LATIDOS	RESPIR	TONO	REFLEJO	COLOR	APGAR TOTAL
1'	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	[]
5'	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	[]
10'	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	Seleccionar [v]	[]

Datos del Recién Nacido

Nombre: [] | Primer apellido: [] | Segundo apellido: []

Sexo: [v] | Peso: 0 gr. | Longitud: 0 cm.

Atención al Recién Nacido

Reanimación: Seleccione un valor [v]

Se cursa p.e. Grupo/RH: Seleccione un valor [v]

Hospitalizado: No [v]

Se cursa cribado hipotiroideo: Seleccione un valor [v]

Identificación del paciente: Seleccione un valor [v]

Agregar Parto

Otros datos

Sondaje Vesical: Sí No

Hemorragia: Sí No

Medicación: []

Revisión de: Seleccione un valor [v]

Taponamiento Vaginal: Sí No

Observaciones

[]

Atendido por

Tocólogo: Staff Residente Ordóñez Benavente, Rafael

Anestesiista: []

Matróna: Staff Residente []

Firmas adicionales

Dr./Dra: []

Matrón/a: []

Generar Informe de Alta | Versión Provisional

Fig 317.- Parto

Por cada recién nacido se debe introducir los datos del parto en la sección “Recién Nacido” de esta pestaña, indicando además los datos del Test APGAR y los datos del recién nacido.

Una vez introducidos estos datos, pulsamos el botón “Agregar Parto” para almacenar los datos del recién nacido.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente
NHC: 44595 N° Episodio: 902001 Paciente: PACIENTE OBSTETRICIA DOS

Recién Nacido

Datos Obstétricos
Fecha Última Regla: Fecha Prevista Parto: Semanas: 0 Días: 0
Para: Seleccione un valor Grupo/RH: Seleccione un valor

Número de Recién Nacidos Introducidos: 0

Recién Nacido

Datos del parto
Fecha/hora: 11/04/2012 Técnica anestésica: General
Recién Nacido/Feto: Vivo Muerto
Muerto antes de 24h: Sí No
Presentación: Cefálica
Técnica asistencial: Espontánea
Complicaciones técnicas: Sí No
Epistomatia: Sí No
Complicaciones: Sí No
Alumbramiento a los: 2 minutos por Crede
Particularidades alumbramiento y anejos fetales: Otras
Alumbramiento manual: Sí No

Test APGAR:

	LATIDOS	RESPIR	TONO	REFLEJO	COLOR	APGAR TOTAL
1'	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	
5'	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	
10'	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	

Datos del Recién Nacido
Nombre: Primer apellido: Segundo apellido:
Sexo: Peso: 0 gr. Longitud: 0 cm.

Atención al Recién Nacido
Reanimación: Hospitalizado: No
Se cursa pet. Grupo/RH: Se cursa cribado hipotiroid.:
Identificación del paciente:



AGREGAR PARTO → **Agregar Parto** DATOS NUEVO PARTO

Fig 318.- Introducir Recién Nacido

Tras esta acción aparecerán los datos del recién nacido justo debajo como se muestra en la siguiente figura.

[Agregar Parto](#)

Recién Nacido 1

Datos del Parto

Fecha/hora: 20/05/2011 10:36 Técnica anestésica:

Presentación: Cefálica

Técnica asistencial: Espontánea

Complicaciones técnica: Sí No Circulares de cordón Observaciones: observaciones

Episiotomía: Sí No

Complicaciones: Sí No

Alumbramiento a los 10 minutos por Crede:

Particularidades alumbramiento y anejos fetales: Anomalia placentaria -- hhh

Alumbramiento manual: Sí No

Test APGAR:

APGAR 1': 5 APGAR 5': 5 APGAR 10': 5

Datos del Recién Nacido

Nombre: NIÑO Primer Apellido: OBSTETRICIA Segundo Apellido: TRES

Sexo: Hombre Peso: 3500 gr. Longitud: 45 cm.

Atención al Recién Nacido

Reanimación: Asistencia pediátrica Hospitalizado: No

Se cursa pet. Grupo/RH: Sí Se cursa cribado hipotiroid.: Pulsera

Identificación del paciente: Pulsera

Otros datos

Fig 319.- Recién Nacido 1

Como se puede observar en la figura anterior, se ha seleccionado “No” en el campo “Hospitalización” para indicar que el parto no ha sido patológico. Si el parto fuese patológico, se debe indicar el valor “Sí” en este campo.

Una vez introducidos todos los datos del parto, se almacenan los datos del parto como versión provisional pulsando sobre el botón “Versión Provisional”

Matrón/a

[Generar Informe de Alta](#) [Versión Provisional](#)


Fig 320.- Versión Provisional Parto

Al realizar esta acción, se lanza el perfil “Petición Creación Nuevo Usuario” que, a su vez, provoca que la Estación de Gestión lance los perfiles “Creación Nuevo Usuario” e “Ingreso Usuario” con los siguientes condicionantes:

- Si el recién nacido está en BDU y tiene historia clínica no se lanza el perfil “Creación Nuevo Usuario”.
- El perfil “Ingreso Usuario” se lanza dependiendo de la parametrización de la Estación de Gestión y de lo que se haya informado en el campo “Hospitalización”:



Datos administrativos

 Nombre
NIÑO

Primer apellidoSegundo apellido
OBSTETRICIA TRES

Situación
Vigente

Datos identificativos

NHUSA AN1211152619 NUSS AN1211152619

Sexo **Hombre**

Fecha Nacimiento
20/05/2011

Tipo documentoDocumento

Pais de nacimiento **España**
Ha nacido en **Andalucía**

Domicilio

Reside en **España**
Reside en **Andalucía**

Provincia **Sevilla** Municipio **Utrera**

Localidad **UTRERA** Código postal **41710**

Tipo víaDirección
CALLE FOTOGRAFO JOAQUIN GIRALDEZ RIAROLA

NúmeroEscaleraPisoPuerta
6

Datos de contacto

Teléfono

E-mail

Datos adicionales

Datos de adscripción

Centro **Utrera-Norte "Príncipe de Asturias", Utrera**

Clave médicaFacultativo
41018670 P

Fecha desde
19-may-2011

Aseguramiento

Régimen

Farmacia
Normal

[Imprimir](#) [Editar](#) [Cancelar](#)

- En aquellos recién nacidos en los que, desde la Estación Clínica Hospitalaria, se indique el valor Sí en el campo “Hospitalización”, se lanzará siempre el perfil “Ingreso Usuario”.
- En aquellos recién nacidos en los que, desde la Estación Clínica Hospitalaria, se indique el valor No en el campo “Hospitalización”, se lanzará dependiendo de los valores de la parametrización (parámetro INGRESO_SOLO_RN_PATOLOGICO):
 - Si tiene valor TRUE, sólo se ingresan los patológicos (hospitalización sí), y por tanto los no patológicos (hospitalización no) no se ingresan.
 - Si tiene valor FALSE, se ingresan todos (lógicamente se ingresan SIEMPRE QUE NO ESTEN YA INGRESADOS)´.
- Si el recién nacido ya se encuentra ingresado no se lanza el perfil “Ingreso Usuario”.

Una vez almacenada la versión provisional de la hoja obstétrica, se accede a la Estación de Gestión para consultar los datos administrativos del recién nacido.

Fig 321.- Datos Recién Nacido en la Estación de Gestión

Si a continuación se accede a la Estación Clínica Hospitalaria, se puede observar que el recién nacido no patológico se ingresa en la unidad de obstetricia y el recién nacido patológico se ingresa en neonatología.

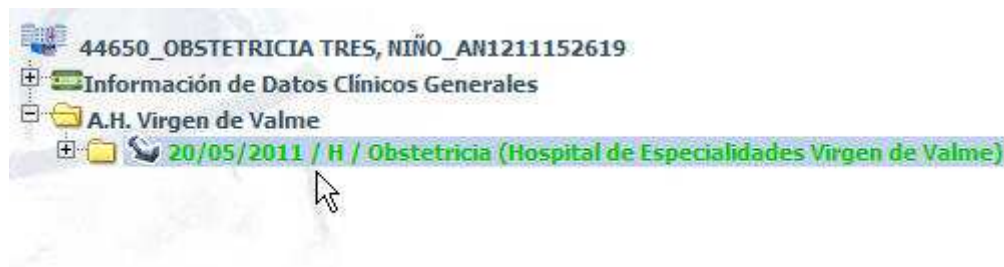


Fig 322.- Historia Parto no patológico

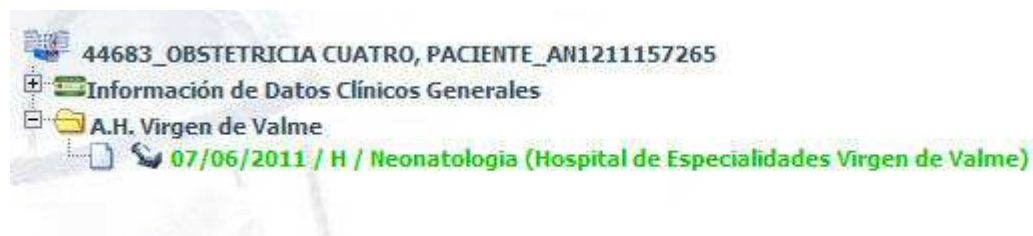


Fig 323.- Historia Parto patológico

En este momento, ninguno de los dos recién nacidos (patológicos y no patológicos) tiene cama asignada. Es en la Estación de Gestión cuando se determina, a posteriori, a qué cama se asignará cada recién nacido.

Cuando se crea el ingreso del niño, sólo se crea un episodio contable si éste es un niño patológico.

Cualquier cambio que hagamos en esta pestaña no se hará efectivo hasta que no guardemos como provisional

Guardar como provisional ocurre algún error con el registro del recién nacido en la Estación de Gestión no se guardarán los datos propios del recién nacido (nombre, apellidos, sexo,...), pero si los datos referentes al parto.

Una vez que la pestaña se ha guardado como provisional, es posible eliminar o modificar los datos del recién nacido.

La eliminación de los datos del recién nacido se debe realizar pulsando sobre el icono de la papelera que aparece en la hoja obstétrica junto a los datos del recién nacido.



Fig 324.- Eliminar Parto

La eliminación de los datos del recién nacido no elimina el usuario de BDU, el usuario permanece en BDU.

Una vez pulsado sobre el icono de la papelera del recién nacido que se quiere eliminar, se pulsa sobre el botón “Versión Provisional”. Al realizar esta acción, se lanza el perfil “Petición Borrado Usuario”.

Con el lanzamiento de este perfil, la información se envía a la Estación de Gestión.

Al realizar esta acción, la información llega a la EG. Si el recién nacido tiene un ingreso, se lanza el perfil “Solicitud Anulación Ingreso”:

- Si el resultado devuelto por este perfil es positivo, se realiza la anulación del ingreso mediante el lanzamiento del perfil “Anulación Ingreso”.
- Si la devolución del perfil “Solicitud Anulación Ingreso” es negativa, no se anula el ingreso y no se realiza cambio alguno.

Para la modificación de los datos del recién nacido se debe pulsar sobre el icono de modificación que aparece en la hoja obstétrica junto a los datos del recién nacido.



Fig 325.- Modificar Parto

Una vez realizada la modificación de alguno de los datos del recién nacido, se pulsa sobre el botón “Versión Provisional”. Esto provoca que se lance el perfil “Petición Modificación Usuario”.

Como en el caso anterior, al realizar esta acción, la información llega a la Estación de Gestión. Es en esta estación donde se lanza el perfil “Modificación Nuevo Usuario” para modificar los datos.

Una vez modificado los datos, se accede a la Estación de Gestión donde se observa el cambio realizado en los datos del recién nacido.



16.1.2.7 Postparto

Por último encontramos la pestaña de Postparto donde se recogen las exploraciones de la madre tras el parto y se detallan cuidados del recién nacido.

Fig 326.- Postparto



16.1.3 Datos Neonatológicos

16.1.3.1 Datos de Interés

En la pestaña de Datos de Interés encontramos un resumen de los datos obstétricos más interesantes para el pediatra.

The screenshot displays the 'Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)' interface. At the top, there are tabs for 'Datos Obstétricos' and 'Datos Neonatológicos', with 'Datos de Interés' selected. Below this, the 'Identificación del Paciente' section shows fields for 'NHC', 'Nº Episodio', and 'Paciente'. The 'Datos de Interés' section is divided into several sub-sections: 'Antecedentes' (Family, Obstetric, Personal Maternal, Allergies, Habits, Medications), 'Patología Gestación' (Pregnancy Pathology) with a list of available and selected conditions, 'Datos Obstétricos / Situación actual' (Obstetric Data / Current Situation) with fields for dates and pregnancy status, and 'Serología' (Serology) with various test results. At the bottom, there are fields for 'Firmas adicionales' and a 'Versión Provisional' label.

Fig 327.- Datos de Interés

16.1.3.2 Inf. Parto

En la pestaña de Inf. Parto, encontramos los datos relativos a los partos introducidos en la pestaña Parto de obstetricia. Podremos añadir nuevos datos, modificar o eliminar los ya introducidos.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Datos de Interés | Inf. Parto | Recién Nacido | R.N. Al Alta

Identificación del Paciente

NHC: 1111111 | Nº Episodio: 9991041484 | Paciente: Lucía Manzano Gomez

Parto

Número de Partos Introducidos: 0

Datos del parto

Fecha/hora: 11/04/2012 | Técnica anestésica: General

Presentación: Cefálica

Técnica asistencial: Espontánea

Complicaciones técnica: Sí No

	LATIDOS	RESPIR	TONO	REFLEJO	COLOR	APGAR TOTAL
1'	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	<input type="text"/>
5'	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	<input type="text"/>
10'	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	Seleccionar	<input type="text"/>

Añadir Parto

Fig 328.- Inf. Parto



16.1.3.3 Recién Nacido

En la pestaña Recién Nacido se recogen los datos de los recién nacidos. Por cada alumbramiento se creará automáticamente una sección de un recién nacido en esta pestaña.

Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Datos de Interés | Inf. Parto | Recién Nacido | R.N. Al Alta

Identificación del Paciente

RHC: 41567 Nº Episodio: 902083 Paciente: BEATRIZ LOPEZ LOPEZ

Recién Nacido

Recién Nacido 1:

Agregar/Modificar Datos

Nombre: Primer Apellido: Segundo Apellido:

Recién Nacido/Teto: Vivo Muerto

Fecha/hora: 11/05/2011 20:49

Muerto 24h: Sí No

Representante legal distinto de la madre: Sí No

Sexo: 0 Peso: 3500.0 gr. Longitud: 48.0 cm. Perímetro cefálico: 0.0 cm.

Test APGAR:

APGAR 1: 1 APGAR 5: 4 APGAR 10:

Reanimación: Sí No

Donación del Cordón: Sí No

Consentimiento informado de cuidados habituales neonatales: Sí No

Profilaxis Materna:

Profilaxis Ocular: Sí No

Vacuna Hepatitis B: Sí No Fecha:

Vitamina K: Sí No Fecha:

Profilaxis Streptococo B al Recién Nacido: Sí No

Heconios: Sí No

Hicción: Sí No

Hipotiroidismo: Sí No

Exploración del Recién Nacido:

Aspecto General: Normal Anomalia

Cabeza, Cuello: Normal Anomalia

Oído, Nariz, Garganta: Normal Anomalia

Pulmones: Normal Anomalia

Pulsos: Normal Anomalia

Cordón: Normal Anomalia

Columna: Normal Anomalia

Neurrológica: Normal Anomalia

Genitales: Normal Anomalia

Sondaje: Sí No

Tórax y Claviculas: Normal Anomalia

Extremidades: Normal Anomalia

Piel, Color: Normal Anomalia

Corazón: Normal Anomalia

Abdomen: Normal Anomalia

Caderas: Normal Anomalia

Año: Normal Anomalia

Ojos: Normal Anomalia

Hallazgos de interés durante la exploración:

Precisó:

Lavado Gástrico: Sí No

Test de Glucemia: Sí No

Se cursa grupo y Rh del Recién Nacido: Sí No Grupo: Rh: Observaciones:

Hospitalizado: No Ingresó a: Motivo:

Indicación de Cuidados:

* Constantes al ingreso y al alta: FC, FR, Tª.
* Sonotometría al alta.
* Alimentación Lactancia materna a demanda.
* Cuidados y controles habituales.

Atendido por:

Observaciones

Firmas adicionales

Dr/Dra:

Matron/a:

Fdo. Provisional: Mariñ Reyes, Javier

Versión Provisional

Fig 329.- Recién Nacido

16.1.3.4 R.N. al Alta

Por último encontramos la pestaña de R. N. al alta, que contiene la información del recién nacido al darle el alta. Como en la pestaña anterior, tendremos una sección por cada recién nacido.

Fig 330.- R.N. al Alta

16.1.3.4.1 Versión Definitiva

Una vez que hemos completado todas las pestañas, para guardar la hoja en su versión definitiva, debemos hacerlo desde la pestaña de R.N. al Alta, pulsando sobre el botón de Versión Definitiva.

Fig 331.- Versión Definitiva

Esta acción pondrá la hoja completa en versión definitiva, por lo tanto no se podrá modificar ninguna de las pestañas.

Informes de Estudios Complementarios





Los estudios complementarios pueden estar asociados a un episodio o no. Aquellos que estén asociados a un episodio se podrán visualizar desplegando la rama del episodio. Por otro lado los estudios no asociados a ningún episodio estarán contenidas en la carpeta “Información sin episodio asociado”, dentro de la cual existirán carpetas para cada uno de los cuatro tipos de estudios existentes actualmente en el sistema:

- Diagnóstico por Imagen,
- Laboratorio,
- Microbiología,
- Anatomía Patológica,
- Medicina Nuclear
- Neurofisiología.

Para acceder al detalle de estos estudios bastará con hacer “click” con el puntero del ratón sobre los enlaces existentes en el árbol de directorios de la Historia Clínica. La aplicación permitirá imprimir o convertir a formato pdf estos estudios pulsando el icono de Imprimir, situado en la esquina superior derecha de los informes de detalle.

1 Estudios de Diagnóstico por Imagen

El sistema muestra los Informes de Radiología con:

-  los datos del paciente,
-  el nº de petición,
-  la fecha de realización del estudio y
-  el detalle del resultado.

Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Icono Imprimir

Diagnóstico por Imagen

Identificación del Paciente

NHC:	1685530	Nº Episodio:	0208250	Paciente:	ANTONIO ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:		Tipo ingreso:		Domicilio:	RESIDENCIAL LAS ALMENAS, BLQ6
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA
				CP:	41015
				Provincia:	SEVILLA

Datos del Estudio

Nº de Petición:	3124790	Número de petición	Nº de Estudio:
------------------------	---------	---------------------------	-----------------------

Examen realizado:

TCTXABD+

Fecha Realización Estudio:

Fecha Realización Informe: 29/08/2003 10:41:00

Fecha de Realización

COMENTARIO: Se realiza TAC de tórax y abdomen con contraste oral e IV. debido a error en la aplicación de éste último.

En el tórax se aprecia mínimo engrosamiento de cisuras mayores debido a pequeña cantidad de líquido en ellas, con atelectasia laminar basal izquierda, no se aprecian otros hallazgos significativos salvo discreta cardiomegalia a expensas de ventrículo izquierdo que puede estar relacionada con hipertensión arterial y/o cardiopatía isquémica.

En el abdomen se aprecia una ascitis muy abundante, con hernia umbilical que presenta contenido ascítico y de grasa omental y repermeabilización de vena umbilical.

El hígado aumentado presenta aspecto nodular, sin que se observe lesión focal dominante, salvo área hipodensa en el área del lecho vesicular, que probablemente corresponde a edema a ese nivel, así como edema periportal, esplenomegalia homogénea de 18 cms. de longitud.

Agrupamiento de asas de delgado a nivel centro abdominal, debido a la ascitis. parece existir un discreto engrosamiento de pared de ampolla rectal distal, que puede estar relacionado con varices.

Existe dilatación de porta en el hilio y defecto de repleción antero-lateral en ella que pudiera estar relacionado con trombosis portal parcial, menos probable que se trate de un defecto de llenado debido a efecto de flujo, también visible en vena esplenica distal, dilatación de VMS.

Existen algunas calcificaciones en páncreas, la mayor de ellas en cabeza pancreática, que probablemente está relacionado con cambios de pancreatitis crónica.

Existen vasos prominentes en pared abdominal y omento, que probablemente estén relacionados con circulación colateral.

No se aprecian adenopatías. Existe realce en algunas zonas de peritoneo parietal (ver flaco izdo) por lo que habría que pensar en sobreinfección de líquido ascítico.

Calcificación de aorta abdominal e ilíacas.

No vemos otros hallazgos significativos en este estudio.

Firmado:

Fig 332.- Informe de Radiología

2 Estudios de Laboratorio

Igualmente, el sistema permite visualizar los informes de Laboratorio a través del visor web del que se disponga en el hospital:

- ✚ los datos del paciente,
- ✚ el nº de petición,
- ✚ la fecha de realización del estudio y
- ✚ el detalle del resultado.

3 Estudios de Microbiología

Al igual que en los casos anteriores, el sistema permite visualizar los informes de Microbiología a través del visor Web del laboratorio con:

- ✚ los datos del paciente,
- ✚ la fecha de realización del estudio,
- ✚ el número de petición y
- ✚ el detalle del estudio realizado: el tipo de muestra usada, los estudios realizados sobre la muestra y el antibiograma obtenido.

4 Estudios de Anatomía Patológica

El sistema también permite consultar los informes de Anatomía Patológica. En dicho informe aparecerán los datos con la misma estructura que se usa en el visor del Sistema de Anatomía Patológica.

5 Estudios de Medicina Nuclear

Igual que en los apartados anteriores, el sistema también permite consultar los informes de Medicina Nuclear. En dicho informe aparecen:

- ✚ los datos del paciente,

- ✚ las fechas de realización del estudio y del informe,
- ✚ los números de petición y de estudio y
- ✚ los detalles del examen realizado (tipo de prueba, datos técnicos, informe, ...).



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Icono de Imprimir



Medicina Nuclear

Identificación del Paciente

NHC: 1009112	Nº Episodio: NO_INFORMADO	Paciente: CARLOS ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA: 455293143	Tipo ingreso:	Domicilio: SERPENTARIO N-4 1-IZDA
F. Nacimiento: 01/01/2005	Sexo: Hombre	Localidad: SEVILLA CP: 41006
		Provincia: SEVILLA

Datos del Estudio

Nº de Petición: 4254724	Nº de Estudio: 50
--------------------------------	--------------------------

Examen realizado:

G. Pulmonar de perfusión

Fecha Realización Estudio:

Fecha Realización Informe: 30/09/2004 15:27:00

DATOS TECNICOS
 Isótopo : 99mTc Actividad: 5mCi Forma : MAA Vía de administración : iv
 Equipo Utilizado : Gammacámara con colimador de Baja Energía y Alta resolución
 Proyecciones Realizadas : Vistas Sectoriales de Torax en anterior, posterior y oblicuas posteriores.

INFORME:
 En el estudio se aprecia un discreto aumento de la silueta cardiaca y aumento de hilio pulmonar derecho pero sin defectos de la perfusión sugestivos de TEP. **CONCLUSIÓN :** Imágenes gammagráficas de perfusión pulmonar que podemos considerar dentro de la normalidad.

Firmado:

Fig 333.- Vista del informe de Medicina Nuclear

6 Estudios de Neurofisiología

Igual que en los apartados anteriores, el sistema también permite consultar los informes de Neurofisiología que son generados por dicha unidad.

H.H.U.U. VIRGEN DEL ROCÍO

Servicio de Neurología y de Neurofisiología Clínica

08 de October de 2008
MARIE PRUEBA2 PRUEBA2
18/07/1930
EEG nº 001629
Solicitado por: Dr. Muñiz

Informe EEG

E.E.G. caracterizado por:

- a) Una actividad fundamental bilateral y simétrica, con alfa parieto-occipital inestable y poco abundante, junto a ondas theta generalizadas a voltaje medio, abundante.
- b) La hiperventilación estimula el componente theta de fondo.
- c) No se observan signos focales ni anomalías epileptiformes.

RESUMEN:

- a) Actividad fundamental bilateral y simétrica y asimilable a grado leve de afectación cerebral difusa.
- b) Ausencia de signos focales y de anomalías epileptiformes.
- c) Ausencia de patron de status.

Fdo.: Dr.:

Fig 334.- Informe de Neurofisiología