

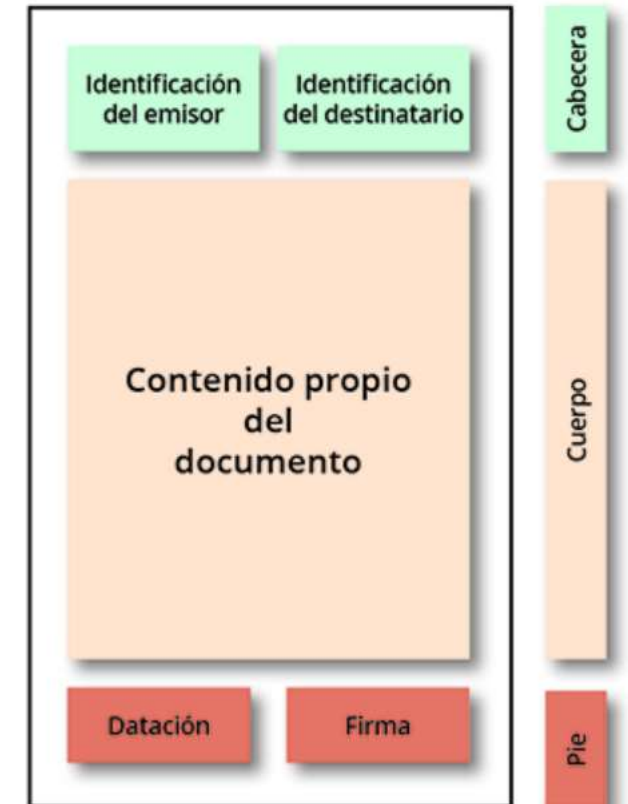
DOCUMENTACIÓN

Curso 24-25

INTRODUCCIÓN

Un documento é a información rexistrada sobre un soporte. É a suma da información que se rexistra e do propio soporte no que se rexistra (papel por exemplo)

- o Acceso rápido a gran cantidade de información.
- o Documentos que son legalmente exixibles (facturas, informes de alta, ecografías...)
- o Claves no caso de reclamacións por mala praxis ou problemas xudiciais.



TIPOS DE DOCUMENTACIÓN

Non sanitaria

Inclúe documentos similares aos empregados en calque traballo.

- Cartas comerciais
- Axenda de citas
- Facturas
- Albarans
- Presupostos

Sanitaria

Conxunto dos documentos xerados na atención aos pacientes e as actividades de xestión administrativas relacionadas coa atención. Específica da actividade sanitaria.

- ✓ Clínica: r/c atención o paciente. Os documentos que forman parte da HC (altas, baixas, informes das probas...)
- ✓ No clínica: Se xeneran nas actividades de xestión e administración r/c atención os pacientes. Follas de pedido a un servizo, tarxeta sanitaria, dietas, petición de roupa, plantilla de turnos, citas, asistencia, IT (incapacidade temporal), receita, cert. de defunción, transporte sanitario.

DOCUMENTACIÓN NON SANITARIA



Revista Ocronos. ISSN nº 2603-8358 – Depósito legal: CA-27-2019
Editorial Científico-Técnica Ocronos - ocronos.com

La documentación no clínica

Autora: Ana Montilla Díaz.

Coautora: Natalia Carrio Maese

Introducción

En términos generales, la expresión "documentación sanitaria" hace referencia al conjunto de documentos elaborados durante el desarrollo y ejercicio de las distintas actividades y tareas de atención a los pacientes y a consecuencia de las gestiones burocráticas relacionadas con ellas, conformando, según los casos y circunstancias, tanto documentos clínicos (de los que el ejemplo más representativo es la Historia Clínica) como documentos estrictamente administrativos o no clínicos.

Surgen de la necesidad de tener disponible una prueba objetiva que deje constancia por escrito de que cada "papel" ha de ajustarse a su formato correspondiente debidamente cumplimentado (como puede ser un Parte de Avería) y firmado por la persona responsable a fin de evitar posibles errores.

CARTAS COMERCIAIS

Serven para: Informar, enviar presupostos, solicitar datos ou pagos...

Tamén para os provedores, nos que lles solicitará información para facer pedidos.

Anexo: se enviamos un documento engadido, debemos indicar cal é.

Nombre y cargo del firmante. Si es otra persona se puede escribir por orden (PO) o por autorización (PA)

Remitente

Membrete

Dra. Martín
Dermatóloga
Colegiado n.º 485422-1
c/ Almendros, 5. 1.º A
28028 Madrid
www.dermomédicos.com

Cabecera

Destinatario

Mari Carmen Moreno
c/ Mayor, 33. 3.º C
28007 Madrid

Datación

Madrid, 7 de septiembre de 20XX

Saludo

Estimada Mari Carmen,

Nos dirigimos a usted, para comunicarle que hemos ampliado nuestro horario de consultas. Desde el día 15 de septiembre, nuestro horario de atención será el siguiente:

- De lunes a jueves, de 9:00 h a 14:00 h y de 16:00 h a 20:00 h.
- Los viernes, de 8:00 h a 15:00 h.

Aprovechamos para recordarle que tiene cita en nuestra consulta el 20 de septiembre a las 10:00 h.

Además, adjuntamos la factura de sus citas del mes de agosto.

Un cordial saludo,

Cuerpo

Despedida

Firma

Dra. Martín

Anexo

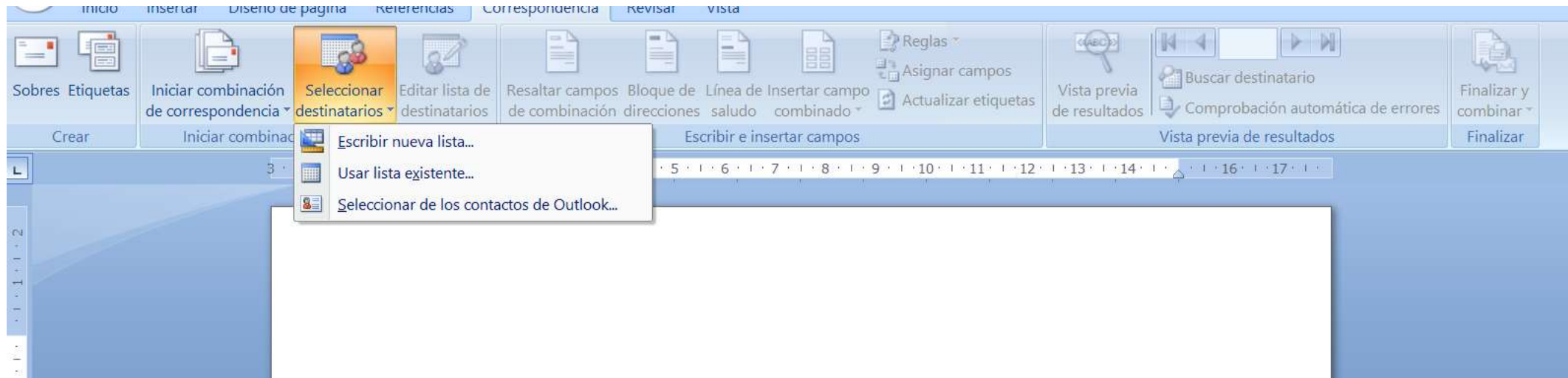
Anexo: factura 7547542

Pie

CARTAS COMERCIAIS

Importante para el proyecto

Para crear cartas ou mails para varios pacinets pódese usar unha ferramenta de word "Combinar correspondencia"



<https://www.youtube.com/watch?v=D1UB0MzVH3M>

<https://support.microsoft.com/es-es/office/usar-la-combinaci%C3%B3n-de-correspondencia-de-correo-electr%C3%B3nico-masivo-cartas-etiquetas-y-sobres-f488ed5b-b849-4c11-9cff-932c49474705>

AXENDA DE CITAS

As app informáticas de xestión clínnica soen dispoñer dunha utilidade para poder dispoñer e clasificar as citas dos pacientes.

Nos centros con varios profesionais cada un deles teñen a súa carteira de pacientes.

Para facer unha axenda de citas é necesario acadar un equilibrio entre:

- Non exista tempos mortos
- Non estean o pacientes esperando moito tempo.

Datos que se inclúen nunha axenda de citas:

Tamén se poden idicar outras citas como: visitas de representantes, reunions de traballo, seminarios ou congresos...

Pode ser interesante tamén, engadir se a cita require algún tipo de preparación.

18 mayo 20XX				
AGENDA DE CITAS GINECOLOGÍA				
Dr. RUIZ				
Hora de inicio: 16:00				
Horario	Paciente	Teléfono	Motivo de consulta	Forma de pago
16:00	María Casillas Navas	620202020	Revisión del embarazo	Sanitas
16:30	Ana Iniesta Torres	609353535	Revisión del embarazo	Adeslas
17:00	Marta Piqué Puyol	615707070	Revisión del embarazo	Mapfre
17:30	Eva Ramirez Fernández	627448810	Primera consulta	
18:00	Pilar Valdés Mata	620606060	Primera consulta	Privado
18:30	PAUSA			
18:40	Soledad Ramos Reina	610909090	Mamografía	Asisa
19:00	Carmen Silva Fábregas	615252525	Mamografía	Asisa
19:20	Alba Alonso Llorente	609101010	Citología	Privado
19:40	Begoña Jimenez Pascual	660454545	Revisión del embarazo	Sanitas
20:15	Representante GINLAB	663502696	Nuevo ecógrafo	

AXENDA DE CITAS

IANUS - Internet Explorer

SERVIZO GALEGO de SAÚDE XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE

FONDO EUROPEO DE DESARROLLO REGIONAL "Creando riqueza de aquí Europa" UNIÓN EUROPEA

Profesional: CINTIA MICAELA CHAMORRO PETRONACCI En posto de: MARIA CAAMAÑO NIEVES Data: (CENTRO SAUDE ARTEIXO)

Mis pacientes citados para hoy : Total: 9 Páxina 1 de 1

Aviso	CIP	NASI	Hora	Acto	Atencion	Paciente	Estado	Atendido	Modo	Forzada	Urgente	Hosp.	Mot.Consulta [Observ.]	Centro
☐	650905PGRR0013	1535820	10:00	PRG (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	PRADO GRAÑA, MARIA DE LAS NIEVES	Pendiente	--:--	C			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	810618LAAL1013	2189984	10:30	PRG (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	LAGE ALDAO, JOSE MANUEL	Pendiente	--:--	C			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	780516SAEP1018	6692060	11:00	CIR (EXTRACCION DE PIEZAS)	CEN	SENRA APARICIO, ALBERTO JAVIER	Pendiente	--:--	M			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	050722ZJEA1017	4265871	12:00	REVN (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	ZEKRAOUI JANAN, RADOUANE	Pendiente	--:--	C			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	120308VNEA0013	4278514	12:20	REVN (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	VEGA NAYA, SOFIA	Pendiente	--:--	M			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	160818AVÑA1013	5941269	12:40	REVN (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	AÑON VARELA, NICOLAS	Pendiente	--:--	M			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	110404SDEA0018	6691395	13:00	REVN (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	SENRA DAWE, LOLA	Pendiente	--:--	L			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	130827SDEA0015	6691393	13:20	REVN (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	CEN	SENRA DAWE, MAITE	Pendiente	--:--	L			CHC		C.S. ARTEIXO
☐	760820RLOO0014	1989616	13:50	DEM (CONSULTA DE SALUD BUCODENTAL)	TEL-604063827	RODRIGUEZ LORENZO, CARMEN LORENA	Pendiente	--:--	L			CHC		C.S. ARTEIXO

DOCUMENTACIÓN SANITARIA NON CLÍNICA

 Hospital Universitario de Fuenlabrada SaludMadrid Comunidad de Madrid	NOTIFICACIÓN DE CITAS
<i>Cº del Molino, 2 - Tel. 916006000 28942 Fuenlabrada - Madrid</i>	CENTRO: HOSPITAL DEL NORTE

ARTIGAS ARTIGAS, MARÍA
Plaza Mayor 24, 6º A
28941 Fuenlabrada
Madrid

NOTIFICACIÓN DE CITAS

En cumplimiento de la LOPD 15/99 se informa que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios cuya titularidad corresponde al Este Público Hospital de Fuenlabrada. Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, estando prevista su comunicación a organismos públicos con competencia en materia sanitaria. El órgano ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición de datos es la Dirección Gerencia del Hospital de Fuenlabrada.

SR/A ARTIGAS ARTIGAS, MARÍA, (NHC 1000000)

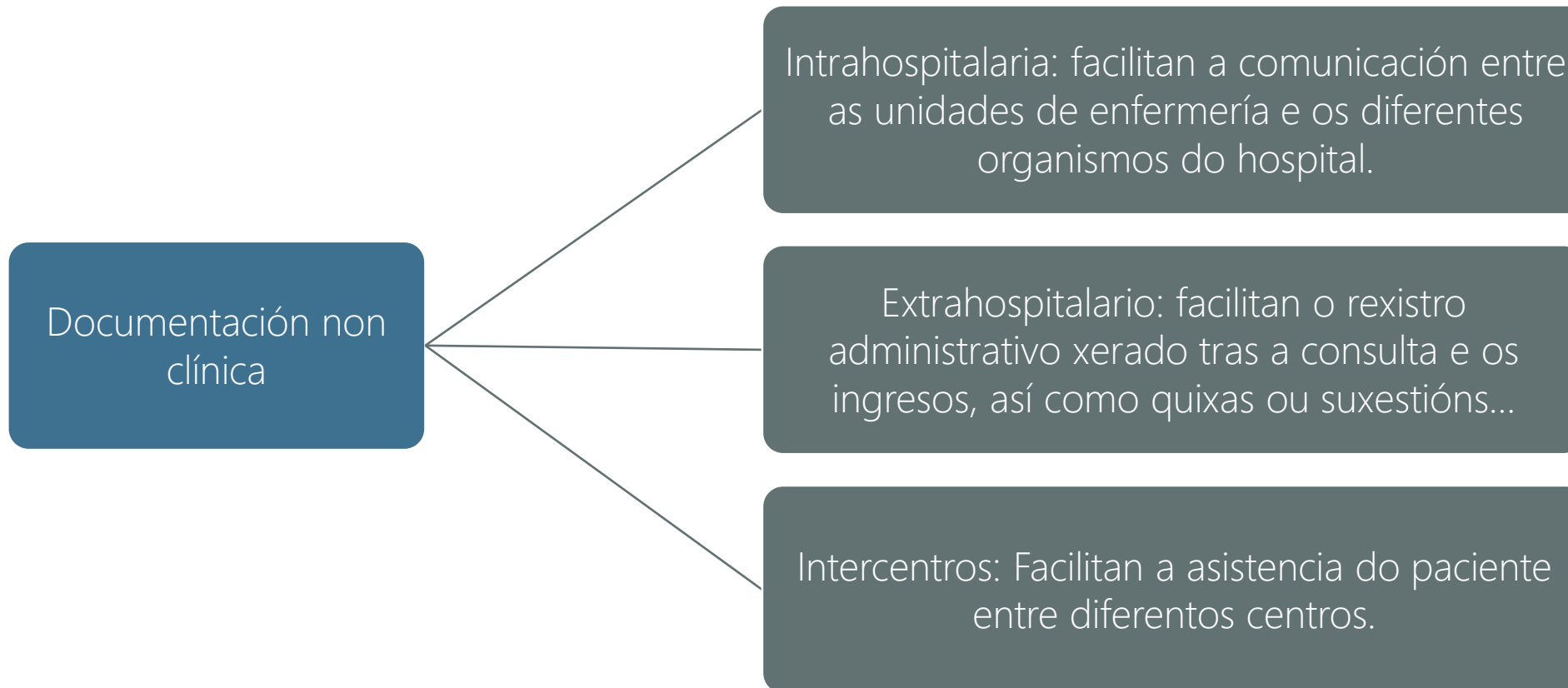
El objeto de esta carta es comunicarle que está usted citado para:

CENTRO	FECHA	ESPECIALIDAD	PLANTA	SALA
HOSPITAL DEL NORTE	23/10/20XX 14:00	Neurología	Planta Baja	Sala de espera 4

Si a su llegada al centro sanitario necesitara ayuda se puede dirigir a recepción, situada en el hall principal. En nuestro compromiso de ofrecer un mejor servicio le pedimos tenga en cuenta las siguientes indicaciones en relación con esta cita:

DOCUMENTACIÓN NON CLÍNICA

Documentos que empleanse nos centros sanitarios para as actividades de xestión e administración relacionadas coa atención os pacientes. É unha forma de deixar constancia das xestións que se fan de forma ordeada e sen erros.



DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

- ✓ Petición ou recepción de material.
- ✓ De envío ou petición de material a esterilización.
- ✓ Petición ou recepción de medicamentos.
- ✓ Planilla de dietas.
- ✓ Petición de roupa o servizo de lavandería.
- ✓ Planilla de turnos.
- ✓ Guías de acollida o paciente.

PACIENTE:

DÍA	Inxesta	Diuresis	Sueros	Depos	DÍA	Inxesta	Diuresis	Sueros	Depos
M					M				
T					T				
N					N				
TOTAL					TOTAL				
DÍA					DÍA				
M					M				
T					T				
N					N				
TOTAL					TOTAL				
DÍA					DÍA				

HABITACIÓN:

DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Documentos de Petición e Recepción de material

Solicitar o almacén os produtos necesarios para a atención sanitaria e outros de usos xeral (gasas, vendas, material de oficina...)

O supervisor de solitar o material e o auxiliar comprobará que o pedido está completo.



Hospital del Norte
Comunidad de Madrid

PETICIÓN DE MATERIAL

Camino del Molino, 2
28942 Fuenlabrada
Madrid

ALMACEN: H3E HOSPITALIZACIÓN 3E
GFH: 31-1 H3E UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 3E

17/11/20XX

9:52:48
Pág. 2

Nº Pedido Transf.: 07PT007935

N.I.F.: Q2801276C
Nº teléfono Extensión 6121 / 6565

CÓDIGO ART.	DESCRIPCIÓN ARTÍCULO	CDAD. PTE.	UNIDAD MEDIDA	UD. VENTA	EXIST.
P01049	ESPARADRAPO TIPO "SEDA" 2'5 X 10	5	UD.	CAJA 12	387
P01053	ESPARADRAPO PLASTICO 2'5 X 10	4	UD.	CAJA 12	316
P01058	APÓSITO PROTECCIÓN CENTRAL 6 X 7	60	UD.	UD.	7 853
P01311	PINZA CLAMP DE PLÁSTICO	2	UD.	UD.	422
P01476	TIRA GLUCEMIA CAPILAR	100	UD.	CAJA 100	14 035
P04274	ALARGADERA DE OXÍGENO DE 2'12 M	3	UD.	UD.	601
P06448	INMOVILIZADOR DE HOMBRO TEXTIL C/CIERRE VELCRO C	2	UD.	UD.	183
P07832	AGUJA DE MEDIACIÓN CALIBRE 18G X 1 1/2'	300	UD.	CAJA 100	64 300

DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Documentos de Petición de material o servizo de esterilización

Co material enviado para ser esterilizado adxuntase un listado do mesmo. Para pedir material o servizo, a folla é similar.

[illegible]

DOCUMENTO DE PETICIÓN DE MATERIAL A ESTERILIZACIÓN



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ENTREGA DE MATERIAL A LA
CENTRAL



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Complexo Hospitalario
Universitario de Vigo
Vigo

SEMANA DEL AL DE

SERVICIO: Cardiología Intermedios PLANTA: 4 ALA: A

MATERIAL	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
ENVIADO EN TURNO	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
SET DE CURAS														
SET PEQUEÑA INTERV.														
P. DISECCIÓN S/D														
P. DISECCIÓN C/D														
P. ACDSON S/D														
P. ACDSON C/D														
P. FOERSTER / KOCHER														
P. PEAN														
TIJERAS														
CÁPSULAS														
BATEA														
PORTA														
MOSQUITOS														
ESTILETE / SONDA ACANALADA														

210 x 297 mm

DOCUMENTO DE PETICIÓN DE MATERIAL A ESTERILIZACIÓN

o 1º Envi	RECOGIDO POR (nombre):	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION
	ENTREGADO A (nombre):	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO
o 2º Envi	RECOGIDO POR (nombre):	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION	ESTERILIZACION
	ENTREGADO A (nombre):	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO

Normas de Funcionamiento:

- Se verifica la recepción y entrega de material poniendo el nombre en los recuadros correspondientes para el primer o segundo envío.
- El primer día de la semana que se envía material a la Central es imprescindible hacerlo en nueva hoja.
- Las incidencias serán registradas en el reverso de este formato.

Nº EDICIÓN: 04
FECHA: 12.06.2012

CE – M / FT 02 PRD 01. 01

1 / 2

MOD B-98

ESTERILIZACIÓN



INCIDENCIAS:

	ESTERILIZACIÓN	SERVICIO
LUNES		
MARTES		
MIÉRCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SÁBADO		
DOMINGO		

DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Documentos de Petición y recepción de medicamentos

Usase o sistema unidose.

-Solicítase o nº de unidades de cada medicamento prescrito a cada paciente a farmacia hospitalaria, mediante un documento específico.

- Mediante un sistema automatizado prepara a medicación diaria para cada paciente. Realizase en carros , onde cada caxetín contén a medicación de cada paciente.

- Ademáis de para cada paciente, guardanse materiais de curas de uso frecuente en cada servizo. A petición deste material se solicita periodicamente.

**Hospital del Norte**
HOSPITAL DEL NORTE

Comunidad de Madrid

Lunes, 17 de Noviembre de 20XX

SISTEMA DE GESTIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA

Inf. verificación del turno 1

Desde: UE-2B-1
Hasta: UE-2B-1

Fecha/hora realización listado: 17/11/20XX 11:22

Carro: UE-2B-1

Cama: 2B-08

Paciente: María González Ardavin

Unidades	Producto	Via	Dosis	Secuencia H.	Pauta	Estado
1	CEFTRIAXONA 2G IV VIAL (C)	IV	1 VIAL	Cada 24 horas	Diaria	
4	METAMIZOL MAGNÉSICO 2G AMP 5ML. (C) Obs. ver nota	IV	1 AMPOLLA	CADA 6 HORAS	Diaria	
3	METOCLOPRAMIDA 10 MG. AMP 2ML	IV	1 AMPOLLA	CADA 8 HORAS	Diaria	
1	OMEPRAZOL 40 MG VIAL 8 (NUEVO)	IV	1 VIAL	Cada 24 horas	Diaria	
3	PARACETANOL 10 MG/ML VIAL 100 ML.	IV	1 VIAL	CADA 8 HORAS	Diaria	
4	POTASIO, CLORURO 1M AMP 10 ML	IV	4 AMPOLLA	Cada 24 horas	Diaria	

DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Palnilla de dietas

Informa a cociña do hospital das dietas que deben servirse os pacientes na unidade de hospitalización.

NOSTRA SENYORA MERITXELL

Servicio de Alimentación

Cocina: COCI1 - CUINA 1

Fecha del listado: lunes 31 de mayo de 20XX - 12:10

Listado de ingesta - Planta UE1A - UE-1A

Ingesta: COMIDA (DI) - Fechas: 31/05/20XX (DM1)

CAMA-HC	NOMBRE	DIETA	EVENTO	REV
119-1 - 45610	REDONDO CANALES, NICOLASA	29 - PEDIÁTRICA 2-6 AÑOS	-	N
119-2 - 57945	PAREDES BEJARANO, FRANCISCA	15 - DIABÉTICA CON 1 SUPL	-	N
123-1 - 30131	FERNANDEZ AREVALO, PETRONILLA	08 - PROTECCIÓN ULCUS II	-	N
125-1 9102711	SANCHEZ IZQUIERDO, TOMÁS	02 - BLANDA FACIL MASTICACIÓN	-	N
126-2 - 10159	ARAUJO FERNANDEZ, ISABEL	15 - DIABÉTICA CON 1 SUPL	-	N
127-1 - 41797	OLMO GIJON, VICENTE	ES - ESPECIAL	-	N
127-2 - 76645	VOZMEDIANO DUQUE, JOSE	SIN DIETA	-	N
	PFH:	10 - ABUNDANTE RESIDUO	-	N

DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Petición para o servizo de lavandería

Poden existir diferentes modelos para a petición e para a recepción da roupa ao servizo de lavandería. O TCAE encargárase da entrega de roupa sucia ou contaminada.

CAMBIO DE LENCERÍA	
De _____	a Lavandería
Fundas de colchón	_____
Sábanas bajas	_____
Sábanas encimeras	_____
Almohadones.....	_____
Mantas.....	_____
Colchas blancas	_____
Colchas marrones	_____
Almohadas	_____
Multipieles	_____
Toallas baño.....	_____
Toallas lavabo.....	_____
Alfombrines.....	_____
Manteles	_____
Servilletas.....	_____
Cubres.....	_____
Paños blancos.....	_____
Paños azules.....	_____
Madrid, a _____ de _____ de 2.00	
EL TRABAJADOR QUE ENTREGA	
Fdo.:	

DOCUMENTOS INTRAHOSPITALARIOS

Planilla de turnos

Tanto o persoal sanitario como non sanitario realizará turnos que o traballador debe coñecer con antelación. O supervisor será o encargado de entregar esa planilla ao persoal que está baixo a súa supervisión.

Trabajadores	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Horas
Trabajador 1	M	M	T	T	N	N	L	46
Trabajador 2	L	M	M	T	T	N	N	46
Trabajador 3	L	L	M	M	T	T	N	38
Trabajador 4	N	L	L	M	M	T	T	38
Trabajador 5	N	N	L	L	M	M	T	39

Guía de acollida o paciente

Facilitan a estancia no hospital dos usuarios. Indicacións ou normas do centro, horario de visitas, dereitos e deberes...

O persoal de enfermería encargase da entrega de dita información a chegada. <https://hsll.es/es/default/pyv/guia>

DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

Notificación das citas

O centro hospitalario comunica o paciente o lugar, data e hora da consulta.

 Hospital Universitario de Fuenlabrada SaludMadrid Comunidad de Madrid C/ del Molino, 2 - Tel. 916000000 28942 Fuenlabrada - Madrid	NOTIFICACIÓN DE CITAS CENTRO: HOSPITAL DEL NORTE
---	--

ARTIGAS ARTIGAS, MARÍA
Plaza Mayor 24, 6º A
28941 Fuenlabrada
Madrid

NOTIFICACIÓN DE CITAS

En cumplimiento de la LOPD 15/99 se informa que sus datos identificativos y de salud serán objeto de tratamiento e incorporados a los ficheros de datos sanitarios cuya titularidad corresponde al Este Público Hospital de Fuenlabrada. Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, estando prevista su comunicación a organismos públicos con competencias en materia sanitaria. El órgano ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición de datos es la Dirección General del Hospital de Fuenlabrada.

SR/A ARTIGAS ARTIGAS, MARÍA, (NHC 1000000)

El objeto de esta carta es comunicarle que está usted citado para:

CENTRO	FECHA	ESPECIALIDAD	PLANTA	SALA
HOSPITAL DEL NORTE	23/10/20XX 14:00	Neurología	Planta Baja	Sala de espera 4

Si a su llegada al centro sanitario necesita ayuda se puede dirigir a recepción, situada en el hall principal. En nuestro compromiso de ofrecer un mejor servicio le pedimos tenga en cuenta las siguientes indicaciones en relación con esta cita:

- Le rogamos revise dónde está citado cuando acuda a la cita, bien en las consultas del Hospital o en las consultas del Centro de Especialidades (CEP El Arroyo), para evitarle desplazamientos innecesarios.
- Es importante que aporte en la consulta los informes clínicos que posea.
- De cada visita recibirá información escrita que resume la consulta con el profesional que le ha atendido.
- Dado que no es previsible el tiempo que requiere el paciente en ocasiones la consulta puede prolongarse.
- En caso de que no pueda acudir a la cita señalada o tenga alguna duda en relación con esta cita le rogamos se ponga en contacto con el Área de Gestión de Pacientes:
 - Preferentemente por correo electrónico: citaciones.hfr@salud.madrid.org

Xustificante de asistencia

Este tipo de documento pódese solicitar para o centro de traballo ou estudos. Neste documento non aparece o problema de saúde polo que se acudiu o hospital.

 Servicio Madrileño de Salud Dirección General de Atención Primaria Comunidad de Madrid
JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA SANITARIA C.S. DEL NORTE D./Dª FRANCISCO JAVIER BERMÚDEZ BERMÚDEZ, con DNI: 089988555, y/o Número de la S. Social 2828282828, ha acudido a este centro sanitario el día 23/10/20XX a las 13:15 horas en calidad de paciente 23/10/20XX, 14:00
El presente documento se extiende a petición del: * ☒ PACIENTE * ☐ ACOMPAÑANTE D./Dª  * Este documento justifica la cita y la asistencia en el centro sanitario, en ningún caso garantiza la permanencia en el mismo

DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

Parte de incapacidade temporal (IT)

O médico do SNS certifica que un traballador non pode acudir a traballar durante un tempo como consecuencia dun problema de saúde.

DPS-11907-2 (04/18) Formular para la ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO
DE HACIENDA
Y FUNCIÓN PÚBLICA

muface

PARTE MÉDICO PARA LAS SITUACIONES DE
INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

1 7 0 1 2 0 2 2

PARTE INICIAL ☐ PARTE CONFIRMACIÓN Nº

0 1

Marcar si RECAÍDA ☐

☐ PARTE ALTA - Fecha (dd/mm/aaaa)

☐ Curación/Mejoría que permite el trabajo habitual

Causa del alta:

☐ Pase a jubilación por edad o por IP para el servicio

☐ Posible nueva situación de IT

☐ Fallecimiento

☐ Agotamiento del plazo máximo

☐ Comienzo del permiso por maternidad

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primer apellido: Segundo apellido: Nombre:

Número de afiliación: 3 6 8 4 0 6 3 3 6 8

Nº de DNI: 0 4 4 0 7 8 8 6 7

Teléfono: 6 1 8 2 5 6 1 4 4

Correo @:

Entidad Muface

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

5 6 3 5

Apellidos y nombre:

Especialidad: Medicina de Familia

2. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico

M 5 4 • 4 0

2.2 Duración probable (días)

2.4 Descripción de la limitación en la capacidad funcional:

Dolor:

2.5 Indicar, si procede:

☐ Intervención quirúrgica

☐ Tratamiento químico/radioterapia

☐ Hospitalización

☐ Otro procedimiento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Se dan circunstancias que recomiendan ampliación plazo de expedición del próximo parte a 3 0 días (máximo 30)

2.7 Sin variaciones: ☐

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña al parte de confirmación del 10º o el 16º mes

Valoración de la situación (marcar una opción):

3.1 ☐ Posible alta por curación o mejoría antes de los 545 días naturales desde el inicio de la situación.

3.2 ☐ Posible incapacidad permanente.

3.3 ☐ Necesidad mantenimiento de los efectos de IT más allá del periodo de 545 días.

Justificación de la opción elegida:

Firma del facultativo del parte Vigilancia a 31 de de 2022

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2018/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2018 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutuo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercitar sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE. Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos>. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDC@muface.es

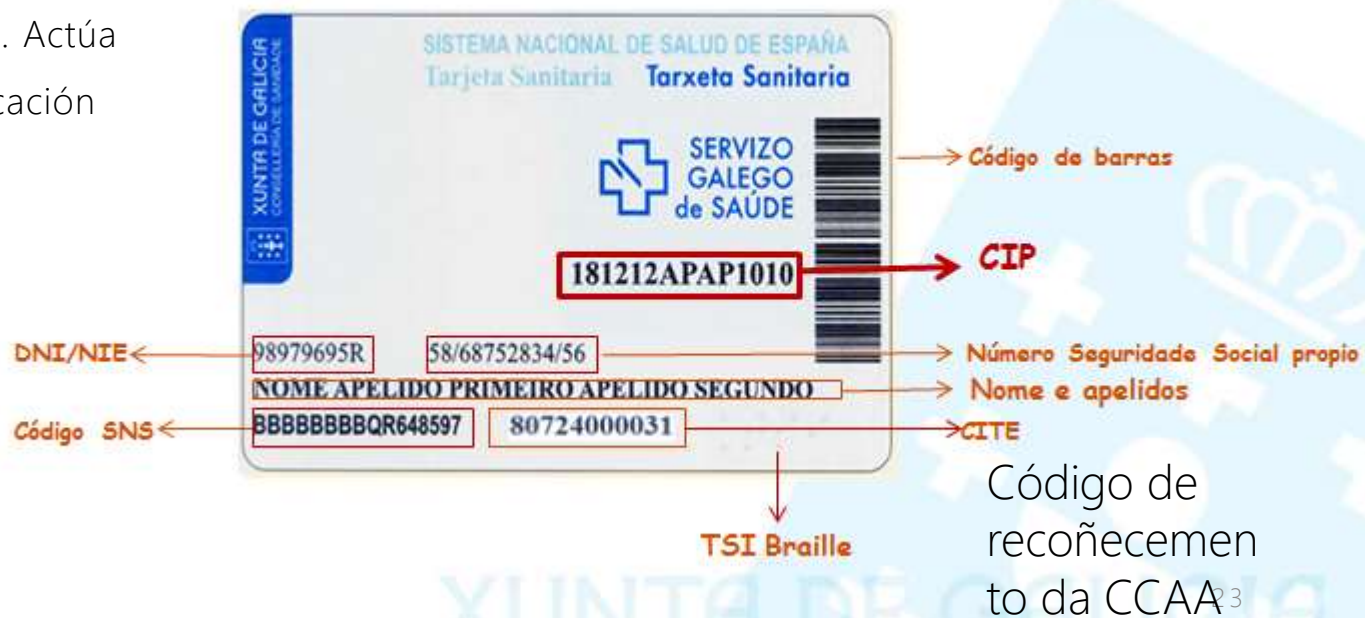
DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

Tarjeta Sanitaria

Facilita ou acceso de forma ordenada aos servizos sanitarios.

As entidades de seguros privados dispoñen das súas propias tarxetas sanitarias.

A tarxeta sanitaria individual é válida para todo o territorio nacional, pero emítase cada CCAA. O CIP ou código de identificación persoal asígnase a cada cidadán ao incluílo na base de datos do SNS. Actúa como clave de vinculación dos diferentes códigos de identificación persoal autonómicos.



Código de
recoñecemen
to da CCAA³

DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

A Receta Médica

As regulan o RD 1718/2010. É un documnto de carácter sanitario, normalizado e obrigatorio, mediante o cal os médicos, odontólogos e podólogos poden prescribir medicamentos ou produtos sanitarios suxeitos a prescripción médica para a súa dispensacións polo farmacéutico.

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE	CONTINGENCIA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
PRESCRIPCIÓN (Consiguar el medicamento -forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades ☐	Duración del tratamiento Posología unidades pauta Nº orden dispensación Fecha prevista dispensación _/_/_	Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Información al farmacéutico y visado, en su caso
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Prescriptor (datos de identificación y firma)
	Motivo de la sustitución ☐ Urgencia ☐ Desabastecimiento ☐ Precio de referencia	Fecha de la prescripción _/_/_
	Firma del farmacéutico	Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.		CÓDIGO DE RECETA
En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "... para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es "... Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante "... o en el tel...		

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE

Fecha última modificación: 15/04/2020

Plan de medicación

ANTONIA LÓPEZ AGUADO
LOAG1420414008

Información para la farmacia



0000 0000 0536 0536 0536

Tratamientos de larga duración

Medicamento o producto sanitario Nº. Prescripción Principio activo	Dosis Frecuencia Vía de administración	Duración del tratamiento	Prescriptor/a Centro	Vigencia	Comentarios
OMEPRAZOL ALMUS 20MG 28 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES EFG P1E359469782 omeprazole	1 cápsula cada 24 horas ORAL	SEGÚN EVOLUCIÓN	M.MAYORAL (Col: 108108108) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EAP PPPP	del 22/07/2019 al 21/07/2020	
HIDROFEROL 0,266MG 10 CAPSULAS BLANDAS (BLISTER PVC/PVDC-ALUMINIO) P1E388046231 calcifediol	1 cápsula cada 1 meses ORAL	SEGÚN EVOLUCIÓN	F.LÓPEZ LÓPEZ (Col: 108001001) MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EAP PPPP	del 02/03/2020 al 02/03/2021	

DOCUMENTOS EXTRAHOSPITALARIOS

Queixas, suxestions e reclamacions

Estes documentos diríxense directamente ao servizo de Atención á o paciente, e deben ir por escrito. No anverso, existen as instrucións para enchelo adecuadamente.

Enfermidades de declaración obrigatoria

Os encargados da vixilancia epidemiolóxica, encargase de proporcionar información para o control de enfermidades transmisibles. Declaranse na área de saúde de cada CCAA. Son os médicos os encargados de notificalo. Entre elas (Dengue, brucelosis, botulismo, difteria, peste, rabia, rubeola, sarampión...)

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/enfermedades-declaracion-obligatoria-edo>

Certificado de defunción

Acredita o falecemento dunha persoapara a súa inscrición no Rexistro Civil. En caso de *exitus*, o médico competente deberá expedir este certificado de forma gratuita. Normalmente e a funeraria a encargada desta xestión.

No caso de facelo un médico privado, aínda que facer o documento de forma gratuita, sí pode cobrar por facer o recoñecemento.

DOCUMENTOS INTERCENTROS

Documentos de derivación ou solicitude para consulta especializada

A xenera un médico dun centro sanitario para solicitar a asistencia dun médico especialista de outro centro sanitario. O máis común é a derivación dun centro de AP a un AE. Tamén pode ser dun hospital a outro, neste caso o segundo hospital debe aceptar ese paciente e se debe solicitar transporte sanitario.

Transporte sanitario

Cuberto polo médico de atención o paciente no momento de necesidade de traslado: Pode ser

-Transporte interhospitalario: Dun centro hospitalario a outro, pode ser a un centro de referencia ou a outro concertado.

- Transporte intrahospitalario: Dentro do propio recinto hospitalario, en caso de complexos hospitalarios.

Situaciones de urxencia vital

- Por empeoramiento dun paciente. Poden usarse ambulancias, embarcaciones, aviones ou helicópteros.

Situaciones non urxentes

- O prescribe o facultativo, porque considera que o paciente non pode desplazarse polos seus medios (diálisis, radioterapia ou para realizar probas diagnósticas. Tamén para o traslado o seu domicilio tras a alta hospitalaria.

DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA

A HISTORIA CLÍNICA



DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SANITARIA

A documentación clínica sanitaria son aqueles documentos relacionados directamente coa atención o paciente e coa xestión administrativa relacionada con dita atención. Son documentos que forman parte da historia clínica.

A Historia Clínica

A historia clínica é o conxunto de documentos que conteñen os datos, valoracións e informacións de calquera índole, sobre a situación e evolución clínica dun paciente ao longo do proceso asistencial. É a Lei 41/2002 do 14 de Novembro, Básica reguladora da <>Autonomía do paciente e dos dereitos e Obrigas en materia de inforormación e documentación clínica; a que establece os aspectos básicos da HC.

Permite os profesionais consultar os datos clínicos do paciente

O estar agrupados e ordeados no mesmo espazo (físico ou dixital) permite un acceso rápido a información

É un documento probatrio nun xuízo por responsabilidade profesional

FUNCIÓNS E CARACTERÍSTICAS DA HISTORIA CLÍNICA

Funcións

1. Asistencial: fai posible o diagnóstico, tratamento e seguimento. Permite transmitir información entre profesionais.
2. Docente: Facilita información continuada os profesionais.
3. Investigación: Datos para estudos clínicos e básicos.
4. Xestión sanitaria: Avaliar a asistencia e planificar e xestionar os recursos sanitarios.
5. Xurídico-legal: Mostra como foi a asistencia e é clave para o proceso de reclamación.

Características

- ✓ Única, integrada e acumulativa: A información está nun único expediente, e vaise actualizando en cada proceso asistencial.
- ✓ Identificada: nº secuencial xerado polo sistema do centro sanitario. Todos os documentos están identificados por este nº.
- ✓ Normalizada: Teñen contidos mínimos.
- ✓ Ordeada e secuencial: De forma cronolóxica.
- ✓ Conservable e recuperable: É arquivada de forma segura.
- ✓ Identificación do persoal sanitario: Os profesionais que interveñen no proceso asistencial están identificados. Imprescindible dende o punto de vista legal.

REXISTRO DA HC E O SEGREDO PROFESIONAL

Normativa

- ✓ Rexistro veraz: non se escribe algo que non fose realizado.
- ✓ Completo: Non omitir información relevante.
- ✓ Claro e lexible: Non usar abreviaturas ou termos confusos. Letra que se entenda ben.
- ✓ Identificación e data: quen o escribe e a data de cada anotación.

Cofidencialidade

Dereito do paciente e obriga do persoal sanitario. Regulado pola Lei 41/2002.

Limitado por:

- Autorización expresa do paciente: para informar a familia.
- Se existe risco real para o paciente ou para terceiros: por exemplo nenos ou enfermidades de declaración obrigada.
- Datos constitutivos de delito: Neste caso a lei obriga a denunciálo.
- Se o profesional é citado a xuízo como testigo ou perito: sempre que os datos sexan esenciais para o procedemento xudicial.

A Lei orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter persoal e desenvolvida polo RD 1720/2007 do 21 de Decembro.

Protexen o paciente e se indica que só os profesionais que o aísten teñen acceso a HC

A HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA (HCH)

A HCH é a máis **complexa**, xa que debe recoller a gran cantidade de información xerada na atención especializada que recibe o paciente. Participa un **equipo multidisciplinar**, e usanse **procedementos terapéuticos e diagnósticos múltiples**.

Non existe un único modelo de HCH pero adoitan ser similares en todos os hospitais.

CONTIDO MÍNIMO DA HCH (Lei 41/2002)	
1. Documentación relativa á folla clínico-estatística.	9. Consentimento informado.
2. Autorización de ingreso.	10. Informe de anestesia.
3. Informe de urxencia.	11. Informe de quirófano ou de rexistro de parto.
4. Anamnese e exploración clínica.	12. Informe de anatomía patolóxica.
5. Evolución.	13. Evolución e planificación de cuidados de enfermeiría.
6. Ordes médicas.	14. Aplicación terapéutica de enfermeiría.
7. Folla de interconsulta.	15. Gráfico de constantes.
8. Informes de exploracións complementarias.	16. Informe clínico de alta.

FORMATO DE LOS DOCUMENTOS DE LA HCH

Deben ter a estrutura xeral dos puntos anteriores e ademais do nome e código do documento deben conter:

- Identificación do centro (e da unidade ou servizo).
- Identificación do paciente: nº de HC, nome e apelidos, sexo, habitación e cama, e ás veces outros datos (etiquetas adhesivas)
- Contido específico de cada documento.
- Identificación dos profesionais que participan.
- Data (e ás veces hora) do rexistro.

Identificación del centro

Identificación del paciente

Nombre del documento

Identificación del profesional

Contenido específico del documento

Fecha y hora del registro

Hospital Universitario Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

Apellidos: _____
Nombre: _____
N.I.P.: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Teléfono: _____

UCI

VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS

PROCEDENCIA: _____ DIAGN. INTERVENCIÓN: _____
ENFERMERA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

RESPIRACIÓN / CIRCULACIÓN

RESPIRACIÓN: ESPONTÁNEA ☐ TIPO: _____ UMI ☐ GAFAS ☐ O₂T ☐ FIO₂ _____
MECÁNICA ☐ TIPO: _____ INT ☐ TOT ☐ CÁNULA ☐ N° _____
SaO₂ _____ SECRECIONES: _____ CANTIDAD: _____ TIPO: _____
TA _____ FC _____ T° _____ ARRITMIAS: _____ MARCAPASOS ☐ FIJO ☐ DEMANDA ☐
PULSOS PERIFÉRICOS: _____ CONSERVADOS ☐
CATÉTERES: CENTRALES ☐ LOCALIZACIÓN: _____ N° _____
PERIFÉRICOS ☐ LOCALIZACIÓN: _____ N° _____
ARTERIALES ☐ LOCALIZACIÓN: _____ N° _____
COLOR PIEL: CIANOSIS ☐ PALIDEZ ☐ NORMAL ☐

ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

NUTRICIÓN: PARENTERAL ☐ ENTERAL ☐ ORAL ☐ DIETA _____

ELIMINACIÓN

DIURESIS: ESPONTÁNEA ☐ SV ☐ N° _____ DÉBITO: _____ ASPECTO: _____ GLOBO V. ☐
DIGESTIVA: PERISTALTISMO ☐ DISTENSIÓN ☐ NAÚSEAS ☐ VÓMITOS ☐
DEPOSICIÓN: _____ CARAC: _____ COLOSTOMÍA ☐ S. RECTAL ☐
SUDORACIÓN: LEVE ☐ MODERADA ☐ PROFUSA ☐
DRENAJES: T. TÓRAX: X LOCALIZACIÓN: _____ N° _____ DÉBITO: _____ CARAC: _____
REDÓN: X LOCALIZACIÓN: _____ N° _____ DÉBITO: _____ CARAC: _____
OTROS: X LOCALIZACIÓN: _____ N° _____ DÉBITO: _____ CARAC: _____
SNG: N° _____ PINZADA ☐ GRAVEDAD ☐ ASPIRACIÓN ☐ DÉBITO: _____ CARAC: _____

ACTIVIDAD / REPOSO

TRANQUILO ☐ AGITADO ☐ SEDADO ☐ RELAJADO ☐
CONSERVADA ☐ DISMINUIDA ☐ ANULADA ☐
MOVILIZACIÓN: EN BANDEJA ☐
EN BLOQUE ☐
OTRAS: _____
FERULAS: _____ LOCALIZACIÓN: _____ TRACCIÓN: _____ Kg
PRÓTESIS: _____ COLLARIN: _____

SEGURIDAD

NIVEL CONCIENCIA ☐ ORIENTADO ☐ CONSUSO ☐ PALABRAS INAPROP ☐ SONIDOS ☐ SIN RESPUESTA ☐
PUPILAS: IZQUIERDA ☐ DERECHA ☐ N = Normal
L = Lenta
F = Fija
REACCIÓN: _____ P. DENTAL ☐
SENTIDOS: VISTA: CONSERVADA ☐ DISMINUIDA ☐ PRÓTESIS ☐
OÍDO: CONSERVADA ☐ DISMINUIDO ☐ PRÓTESIS ☐
ESTADO ANÍMICO: DEPRESIVO ☐ EUFÓRICO ☐ NORMAL ☐
HÁBITOS: _____ AISLAMIENTO ☐
HEMORRAGIA ☐
OCULO ☐
CONFUSIÓN ☐
HERIDAS ☐
LUXACIÓN ☐
FRACTURAS A ☐
FRACTURAS C ☐
APLASTAMIENTO ☐
SECCIÓN ☐
QUEMADURAS ☐

DOCUMENTOS MÉDICOS

SEMPRE INCLUÍDOS NA HC

- ✓ Folla clínico-estatística: Resumo dos datos administrativos e clínicos do episodio asistencial. Coa información CMBD*
- ✓ Solicitud de autorización de ingreso: Motivo do ingreso. Autorización por parte do paciente para as probas diagnósticas.
- ✓ Anamnese e exploración física: Datos da entrevista inicial e da exploración detallada.
- ✓ Evolución: Cambios na situación do paciente
- ✓ Ordes médicas: Indicacións terapéuticas prescritas polo médico.
- ✓ Informes e exploracións complementarias: citoloxías, laboratorio, endoscopias...

OUTROS INFORMES

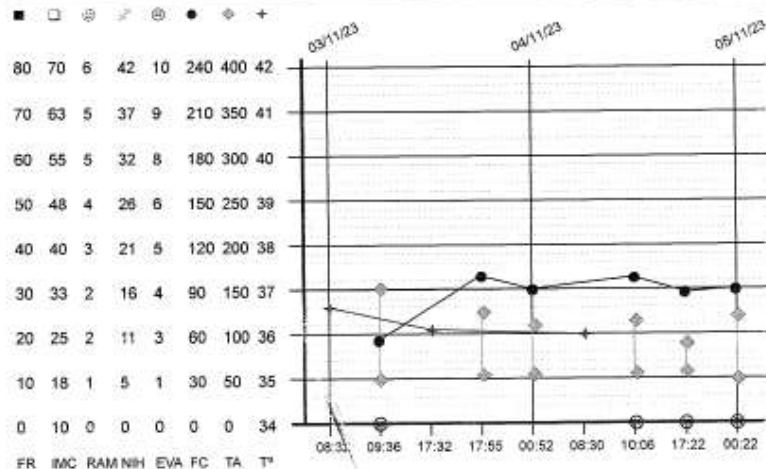
- Folla de interconsulta: Petición motivada de consulta a outro servizo e a contestación do mesmo.
- Informe de anestesia: Previo e durante a operación.
- Informe quirúrxico: información detallada da operación quirúrxica.
- Informe de urxencias: Resumo da asistencia urxente. Se o paciente non ingresa, o documento se archiva no servizo de urxencias.

Unidad: U.ENF.VELA B PLANTA 4 HAC XXIV
Personal Clínico: Nazara Martinez, Patricia (Enfermera/o)
Cama: B42201

NASI :
 Nº Historia :
 Nº Episodio :
 Apellidos :
 Nombre :
 Alergia :
 Diagnóstico : SVAO + BYPASS X4

Sexo : Hombre
Edad : 75

PASE DE VISITA MÉDICO: GRÁFICA DE CONSTANTES VITALES



- + Temperatura
- *  Tensión Sistólica
-  Tensión Diastólica
- Frecuencia Cardíaca
-  EVA
-  NIHSS
-  Ramsay
-  IMC
- Frecuencia respiratoria

38,8	36,1		36			
152		125	111		116	91 120
51		55	55		57	58 50
56		99	90		98	88 90
0					0	0 0

SERVICIO DE _____ CIRUGIA GENERAL _____

INFORME

Nombre [REDACTED] Edad 26
 Núm. historia clínica [REDACTED] Domicilio habitual AVDA. DE PUERTOS ATRIO 30 PO.
 Fecha de ingreso 11-11-78 Fecha de alta 20-11-78 Asegurado núm. [REDACTED]

Enferma que ingresa en el Servicio U.C.I. procedente de urgencias, a donde llega con un cuadro abdominal difuso. Al ingresar al Servicio de U.C.I., la enferma esta consciente y con un cuadro de dolor abdominal difuso y continuo, se interpreta como un cuadro de litiasis renal y se deja en observación, siendo su analítica normal y lo mismo que su exploración radiológica; persistiendo el dolor toda la noche así como vómitos. En vista de que no desaparece el cuadro se repite la exploración radiológica por la mañana, presentando gran neumooperitoneo bilateral por lo que desde allí pasa directamente a quirófano.

Intervención: Presenta peritonitis generalizada por una perforación de úlcera duodenal de cara anterior. Sutura de la úlcera con seda 000. Epiploplastia. Limpieza del abdomen con suero más kanamicina. Cierre con terilene. Drenaje de Penrose en región sub-hepática.

El postoperatorio cursa con normalidad.

En el día de la fecha es dada de alta.

DIA GHOSTICO; ULCERA PERFORADA.

TRATAMIENTO: CIERRE DE LA ULCERA.

$$(T_{app} \ln)(1 - 1 - z)$$

FDO. DR. CRESPO
MEDICO ABJUNTO

78 79

DR. ECHAVARRI CUNERA
JEFE DE SERVICIO

DOCUMENTOS MÉDICO

INFORME DE ALTA

Documento fundamental na HC. É emitido polo médico responsable o finalizar o episodio dun paciente. Resume a atención recibida. Debe ter:

- Datos do documento (nome, data, identificación do facultativo, servizo e unidade)
- Institución emisora: hospital e servizo de saúde.
- Identificación completa do paciente.
- Datos do proceso asistencial.

ALTA VOLUNTARIA: Debe estar firmado polo paciente/representante, co "enterado" do médico (en contra do criterio do facultativo). O paciente asume a responsabilidade. Pode ser que o paciente non quera firmalo, entón se dipone da alta forzosa

CONSENTIMENTO INFORMADO

[Lei 41/2002 capítulo IV: respecto a autonomía do paciente.](#)

O paciente pode decidir libremente sobre a asistencia sanitaria, así como negarse o tratamento.

O consentimento informado e a conformidade libre, voluntaria e consciente dun paciente, manifestada en pleno uso das súas facultades despois de recibir a información adecuada, para que teña lugar unha actuación que afecta a saúde.

Pode ser verbal ou por escrito. Podese anular.

Se os padres/representantes non dan o seu consentimento, faise constar na HC o motivo e de ser o caso solicitar a autorización por vía xudicial, e será o personal sanitario quen asuman a defensa da saúde do menor, se non é de actuación inmediata, é a fiscalía quen asume a representación.

ALTA MÉDICA

Institución emisora	 XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE	 SERVIZO GALEGO de SAÚDE	Hospital Comarcal de Monforte Monforte
INFORME BREVE DE ALTA			
Servicio y unidad	SERVICIO DE:		
Identificación del paciente	NOMBRE:		
	FECHA DE INGRESO:		
	FECHA DE ALTA:		
	N.º DE H.ª CLÍNICA:		
	MOTIVO DE INGRESO:		
	EXPLORACIONES SIGNIFICATIVAS:		
	TRATAMIENTO:		
	DIAGNÓSTICO:		
	RECOMENDACIONES AL ALTA:		
	ASIGNADO Dr./Dra.:		
NOTA: PUEDE SER SOLICITADO A SU MÉDICO O SECRETARÍA DEL SERVICIO UN INFORME MÁS AMPLIO.			
Hospital Comarcal de Monforte - Rúa Corredoira, s/n. - Telf. 982 41 79 00. Fax 982 40 40 06 - 27400 Monforte de Lemos (Lugo)			

Datos del proceso asistencial:

- Tipo y motivo del ingreso.
- Exploraciones significativas: resumen de los antecedentes, historia actual y exploración física; resumen de las pruebas complementarias.
- Evolución y comentarios: con las operaciones quirúrgicas o las complicaciones, el diagnóstico principal u otros diagnósticos, procedimientos y tratamiento, con las recomendaciones terapéuticas al alta (dieta, reposo, etc.), los fármacos y otras recomendaciones (próximas citas o revisiones).

DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

- ✓ Valoración de enfermería: recollen a valoración inicial dos datos organizados de forma ordeada.
- ✓ Planificación de cuidados de enfermería e evolución: PAE
- ✓ Aplicación terapéutica de enfermería: Rexistro da administración dos medicamentos e a persona que o administra.
- ✓ Gráfica de enfermería: Rexistro das constantes vitais, e outros datos para o control da evolución do paciente.
- ✓ Informe de enfermería al alta: Recolle a valoración, os dx e os cuidados de enfermería que necesita o paciente o alta.

 Hospital del Norte			Hoja n.º					
			ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN					
ENFERMERÍA			IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE					
Unidad de enfermería	Especialidad							
Alergias								
Medicación	Vía	Día - Hora ↓						
DIETA								
Fecha pruebas	Peticiones							
Firma enfermera turno	M							
Firma enfermera turno	T							
Firma enfermera turno	N							

DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

 Hospital Comarcal del Sur

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Planta: Hab.: Cama:

Alergias:

Etiqueta de identificación

NECESIDADES	MES	AÑO	DÍA														
Problemas/Cuidados	FREC.	M	T	R	M	T	R	M	T	R	M	T	R	M	T	R	
1. RESPIRACIÓN ☐ Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Ejercicio respiratorio/Incentivador ☐ Oxigenoterapia ☐ Aspiración de secreciones ☐ Vigilar BIPAP/CPAP ☐ Valorar pulsioximetría																	
2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN ☐ Déficit de Autoalimentación: Alimentación r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Riesgo/Déficit de Volumen de Líquidos r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Dieta																	
☐ Ayuda: Total/Parcial/Autónomo ☐ Vía venosa A - Cura punto inserción - Cambio equipo ☐ Vía venosa B - Cura punto inserción - Cambio equipo ☐ Vía venosa C - Cura punto inserción - Cambio equipo ☐ Sonda Alimentación - Cuidados sonda alimentación ☐ Medir ingesta ☐ Pesar/Tallar																	
3. ELIMINACIÓN ☐ Déficit de Autoalimentación: Uso del WC r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Riesgo de Estreñimiento r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Sonda Vesical - Cuidados sonda vesical ☐ Sonda Nasogástrica - Cuidados SNG ☐ Cuidados Incontinencia ☐ Ayuda: Total/Parcial/Autónomo ☐ Medir diuresis ☐ Control ritmo intestinal ☐ Administración de enema ☐ Drenaje A - Cura punto inserción - Mover/Retirar vacío ☐ Drenaje B - Cura punto inserción - Mover/Retirar vacío ☐ Drenaje C - Cura punto inserción - Mover/Retirar vacío ☐ Drenaje D - Cura punto inserción - Mover/Retirar vacío																	

H.12.X.-113

NECESIDADES	MES	AÑO	DÍA														
Problemas/Cuidados	FREC.	M	T	R	M	T	R	M	T	R	M	T	R	M	T	R	
4. MOVILIZACIÓN ☐ Deterioro Movilidad Física r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Intolerancia a la Actividad r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Ayuda: Total/Parcial/Autónomo ☐ Mantener reposo ☐ Levantar/Acostar ☐ Cambios posturales ☐ Ortopedización: ayudas mecánicas ☐ Ejercicios activos/pasivos ☐ Vigilar tracción ☐ Prevención antitrombótica																	
5. REPOSO/ SUEÑO ☐ Posición en la cama ☐ Proporcionar bebidas calientes																	
6. VESTIDO ☐ Déficit de Autoalimentación: Vestido r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Ayuda: Total/Parcial/Autónomo																	
7. TERMORREGULACIÓN ☐ Medidas físicas ☐ Vigilar temperatura																	
8. HIGIENE/PIEL ☐ Déficit Autoalimentación: Baño-higiene r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Riesgo/Deterioro de la Integ. Cutánea r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Higiene general: Total/Parcial/Autónomo ☐ Cuidados bucales ☐ Prevención UPP ☐ Cura A ☐ Cura B ☐ Cura C																	
9. SEGURIDAD ☐ Riesgo de Caídas r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Colocar barandillas ☐ Sujeción protectora ☐ Vigilar orientación/nivel conciencia ☐ Valorar dolor																	
10. COMUNICACIÓN ☐ Deterioro de la Comunicación Verbal r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Orientar en tiempo y espacio ☐ Establecer código de comunicación																	
11. CREENCIAS ☐ Contactar con otros profesionales																	
12. TRABAJAR/REALIZARSE ☐ Apoyo y orientación																	
13. OCIO ☐ Facilitar recursos ocio disponibles																	
14. APRENDER ☐ Conocimientos Deficientes r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Educar en																	
* VIGILANCIA Y CONTROL ☐ Control vital ☐ Balance hídrico ☐ Glucemia capilar ☐ Preparación preoperatoria																	

HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA (HCAP)

Características da AP

- Orientada o problema de saúde: non é util a organización cronolóxica.
- Reflexa a atención continuada a diferenza da AE.
- Debe ter en conta as actividades de prevención das enfermidades e promoción da saúde.

Outros documentos: Interconsultas, táboa de analíticas, seguimento do embarazo ou folla de seguimento de anciáns.

1. Carpeta individual: cos datos de indentificación e de importancia vital. Con solapas para conter o documentos. Poden ter diferentes cores (azuis e rosas).
2. Folla de biografía sanitaria o de datos xerais: É un documento básico con información fundamental (antecedentes, hábitos de saúde, datos socioeconómicos). Se van completando nas consultas. Hai unha folla pediátrica (datos de embarazo, parto, lactancia...)
3. Folla de evolución: Describe os datos máis relevantes. Anotación con estrutura SOAP.
4. Lista de problemas: Anotacións en forma de lista numerada de problemas. Se poden diferenciar entre problemas activos e inactivos.

HCAP: ESTRUCTURA SOAP

Na atención séguese a estrutura SOAP:

- **Datos Subxectivos:** o que conta o paciente, o motivo polo que acode ao centro de saúde, os síntomas.
- **Datos Obxectivos:** cos signos que resultan da exploración médica e exames complementarios.
- **Aproximación diagnóstica:** avaliación dos problemas.
- **Plans:** de estudos diagnósticos se se necesitan ou de tratamento.

[illegible]

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

La informatización no sistema público está casi completamente implantada. Porén non é homoxénea en todas as CCAA, xa que cada unha ten o seu propio sistema informático.

- ✓ Disponibilidade: en calquer momento.
- ✓ Integridade: información veraz e completa.
- ✓ Confidencialidade: Acceso restrinxido. Queda constancia o acceso, e se pode sancionar.

Vantaxes: acceso simultáneo e inmediato, facilita a ordenación, integración e actualización de gran cantidade de datos, permite xerar informes clínicos facilmente e axiliza aspectos relacionados coa xestión sanitaria.

Inconvenientes: Seguridade e confidencialidade, inversión económica, posibles problemas técnicos, resistencia de algúns profesionais sanitarios.

HCE VS HCD

Historia clínica Dixital

Versión computarizada do historial médico dun paciente que inclúe información dos seus antecedentes (proprios e familiares), enfermidades, diagnósticos, tratamentos, entre outros. Este rexistro se garda nos servidores do médico que o atende e non é compartido con outros profesionais da saúde. Se o paciente cambia de médico, o máis probable é que non poida levar o seu HCD consigo. Ademais, este documento de seu, non ten validez legal polo menos que o médico o imprima e firme.

Vantaxes: Menos espazo de almacenaxe, planificar citas, evitar error de prescripción, acceso do persoal sanitario, non require firma dixital. O paciente ten acceso a él.

Historia clínica Electrónica

Contén información sobre o historial médico dun paciente de varios médicos, o que ofrece unha perspectiva máis completa e a longo prazo da saúde do paciente. Inclúe datos demográficos, resultados de probas, historial médico, historial de enfermidades e medicamentos. Este software facilita o seguimento e evolución dos pacientes, así como a colaboración coordinada de todos os involucrados na súa atención. Teoricamente, as historias clínicas electrónicas serán centralizadas por unha entidade dependente do Ministerio de Saúde.

Outro beneficio da historia clínica electrónica é a firma electrónica.

O ARQUIVO CLÍNICO

Nos arquivos clínicos gárdanse as historias clínicas xeradas en cada un dos devanditos centros sanitarios.

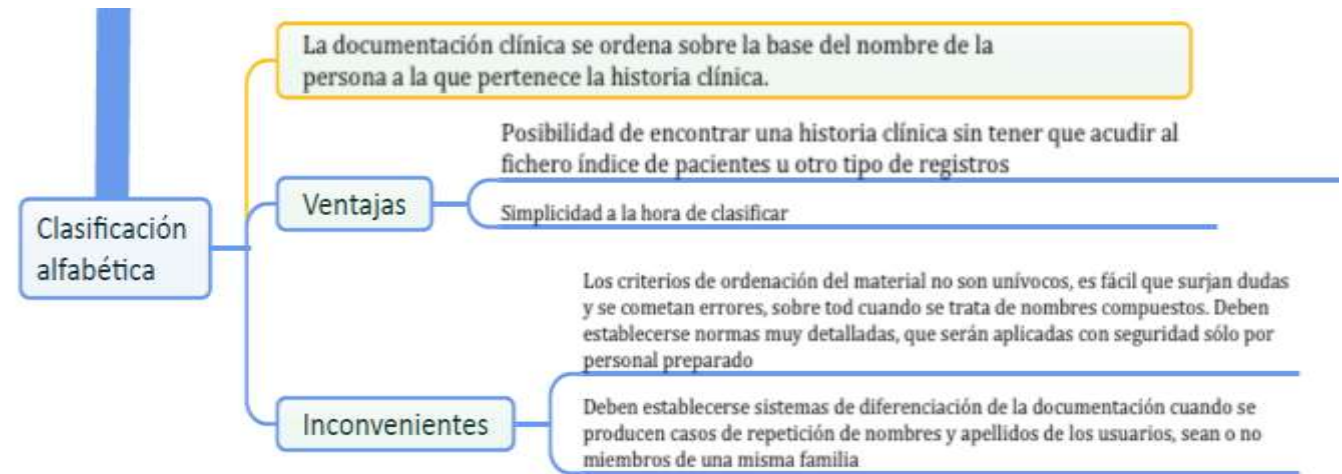
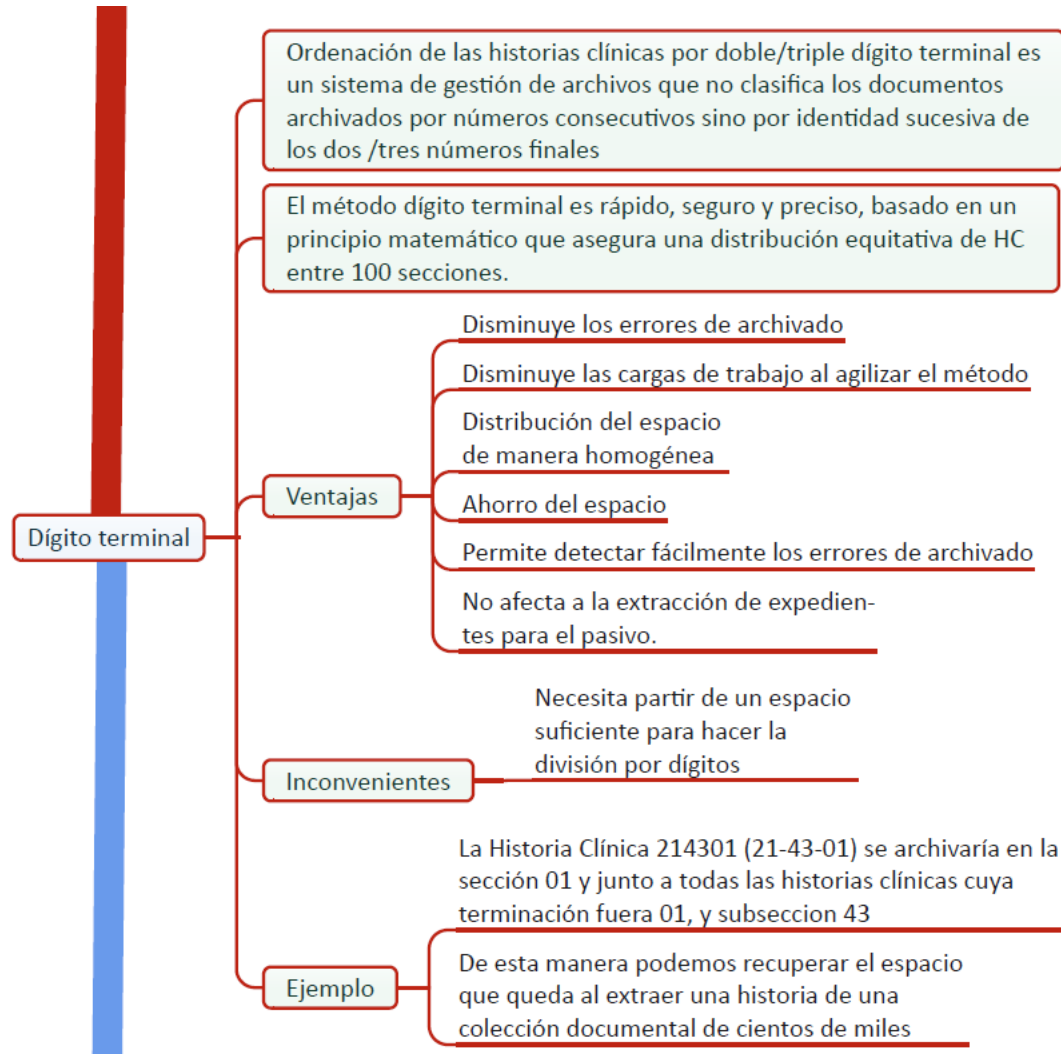
A Lei obriga a calquera institución sanitaria a conservar a documentación clínica, aínda que non necesariamente no seu soporte orixinal (os documentos en papel poden dixitalizarse), durante todo o tempo adecuado para a asistencia ao paciente, como mínimo durante 5 anos desde a data de alta de cada proceso asistencial. É unha unidade dependente do servizo de admisión e documentación clínica.

CLASIFICACIÓN E ORDENACIÓN DAS HC

A clasificación ten varios niveles e é por un código bidimensional, mentres que a ordeación é lineal e ten un código unidimensional.

Dentro dos sistemas para clasificación e ordeación os máis usados son: Sistema dígito terminal, data de nacemento, data de atención e por orden alfabético

O ARQUIVO CLÍNICO



O número se asigna por ordenador.

O ARQUIVO CLÍNICO: EXEMPLOS

Clasificación y ordenación de la HC

Doble dígito terminal

Para clasificar la historia clínica con el número 100229, mediante el sistema de doble dígito terminal, se divide la sección 29 en 100 subsecciones.

Sección 29	Sección 29	Sección 29	...	Sección 29
00-00-29	00-01-29	00-02-29		00-09-29
01-00-29	01-01-29	01-02-29		01-09-29
02-00-29	02-01-29	02-02-29		02-09-29
-	-	-		-
-	-	-		-
99-00-29	99-01-29	99-02-29		99-09-29

NHC: 10-02-29

10	02	29
Dentro de la división 29, la historia pasará a archivarse después de la 09-02-29 y antes de la 11-02-29.	Subsección	Sección

Fecha de nacimiento

El n.º identificador de la HCAP de Raquel Rodríguez Pérez, nacida el 25 de agosto 1992, según las dos clasificaciones explicadas anteriormente:

1.ª Opción	RO	ZA	92	08	25
2.ª Opción	RD	PR	92	08	65

Fecha de atención

Siguiendo el ejemplo anterior, Raquel Rodríguez Pérez acude a Urgencias en las siguientes fechas: 12 de abril de 2014, 30 septiembre de 2017 y 1 de enero de 2019. Tendrá 3 historias clínicas en el Servicio de Urgencias, una por cada fecha, por lo que hace difícil una HC única, integrada y acumulativa.

Alfabético

Para clasificar un listado de nombres de pacientes por orden alfabético se hace ordenando los primeros apellidos, si coinciden, se ordena el segundo apellido, si coinciden ambos apellidos, se ordena el nombre, y si este, también coincide, se ordena por la numeración del DNI.

José Díaz-Granados Fernández
María de León Fernández
Ana María Gil Pérez
Cecilia de la Rosa Martínez
Patricia Gil Rua DNI 72243112H
Patricia Gil Rúa DNI 32541786Ñ



Díaz-Granados Fernández, José
Gil Pérez, Ana María
Gil Rúa, Patricia DNI 32541786Ñ
Gil Rua, Patricia DNI 72243112H
León Fernández, María de
Rosa Martínez, Cecilia de la