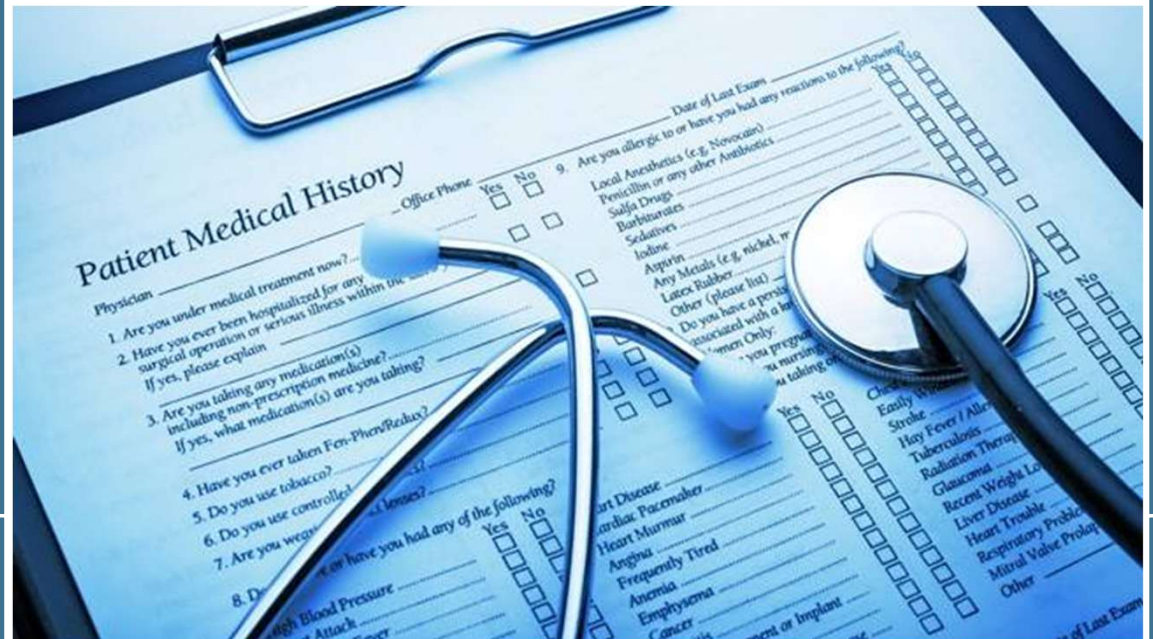


DOCUMENTACIÓN SANITARIA CLÍNICA

A HISTORIA CLÍNICA



DOCUMENTACIÓN CLÍNICA SANITARIA

Documentos atención o paciente + xestión administrativa relacionada con dita atención.

Son documentos que forman parte da **historia clínica**.

A Historia Clínica

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 información 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 probatorio** 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. Importante 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.

Confidencialidade

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 3/2018, de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais e o Regulamento (UE) 2016/679:** Protexen o paciente e se indica que só os profesionais que o asisten teñen acceso a HC

A HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA (HCH)

- ✓ A máis **complexa**: gran cantidade de información
- ✓ **Equipo multidisciplinar**
- ✓ **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-estadística.	9. Consentimento informado.
2. Solicitud autorización de ingreso.	10. Informe de anestesia (previo o ingreso)
3. Informe de urgencia.	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 coidados de enfermería.
6. Ordes médicas.	14. Aplicación terapéutica de enfermería.
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 tener la estructura general de los puntos anteriores e además el nombre y código del documento deben tener:

- Identificación del centro (e de la unidad o servicio).
- Identificación del paciente: nº de HC, nombre y apellidos, sexo, habitación e cama, e a veces otros datos (etiquetas adhesivas)
- Contenido específico de cada documento.
- Identificación de los profesionales que participan.
- Data (e a veces hora) del registro.

Identificación del centro

Nombre del documento

Identificación del paciente

Identificación del profesional

Contenido específico del documento

Fecha y hora del registro

Hospital Universitario Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

UCI

VALORACIÓN ENFERMERA AL INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS

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

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

RESPIRACIÓN / CIRCULACIÓN

RESPIRACIÓN: ESPONTÁNEA ☐ TIPO: _____ UMI ☐ GAFAS ☐ O₂ ☐ FIO₂ ☐ Lx _____
MECÁNICA ☐ TIPO: _____ TOT ☐ CÁNULA ☐ N°: _____
SaO₂ _____ SECRECIONES: _____ CANTIDAD: _____ TIPO: _____
TA: _____ FC: _____ TP: _____ 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: _____
REDON: 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 ☐ I. D. ☐ DISMINUIDA ☐ I. D. ☐ ANULADA ☐ I. D. ☐
FUERZA → MI ☐ MS ☐ MS ☐ MI ☐ MS ☐ MI ☐
MOVILIDAD → MS ☐ MI ☐ MS ☐ MI ☐ MS ☐ MI ☐
FERULAS: _____ LOCALIZACIÓN: _____ TRACCIÓN: _____ Kg _____
PRÓTESIS: _____ COLLARIN: _____

SEGURIDAD

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

DOCUMENTOS MÉDICOS

[illegible]

Hospital Universitario La Paz Hospital Carlos III Hospital Cambioblanco Servicio: _____ Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____	N° Historia Clínica <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Nombre _____ 1º Apellido _____ 2º Apellido _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo _____							
PROTOCOLO QUIRÚRGICO								
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO: TIPO DE INTERVENCIÓN: QUIRÚANO:	FECHA: DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: AYUDANTES: OTROS:							
1. HALLAZGOS (INDIQUESE EL ESTADO DE LOS ÓRGANOS EXAMINADOS) 2. OPERACIÓN (INDIQUESE INCISIONES, LIGADURAS, SUTURAS, DRENAJE Y CIERRE) 3. INDICACIONES POSTOPERATORIAS								

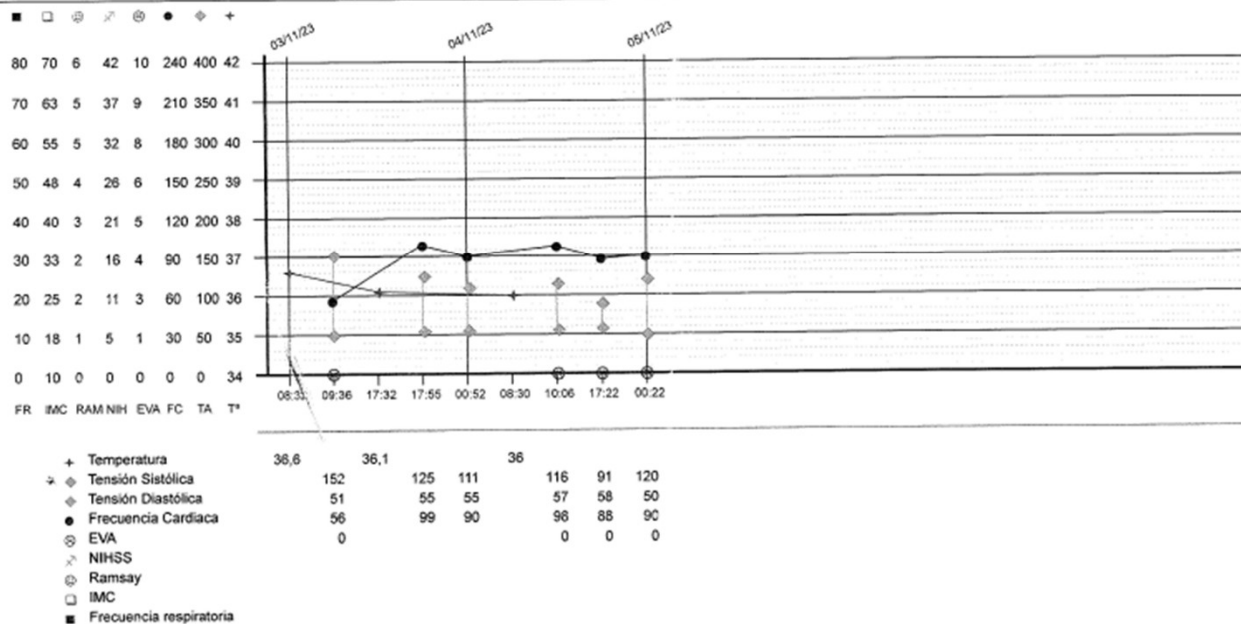
DOCUMENTOS MÉDICOS

Unidad: U. ENF. VELA B PLANTA 4 HAC XXIV
Personal Clínico: Nazara Martínez, 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



MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE REVISIÓN
Residencia Sanitaria "MONTECELO"
PONTEVEDRA

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

INFORME

Nombre: [Redacted] Edad: 26
Núm. historia clínica: [Redacted] Domicilio habitual: AVDA. DE BUENOS AIRES 90 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. Epiploplastía. Limpieza del abdomen con suero más kanamicina. (terre con terilene. Drenaje de Penrose en región sub-hepática.

El postoperatorio curso con normalidad.
En el día de la fecha es dada de alta.

DIA GHOSTICO: ÚLCERA PERFORADA.

TRATAMIENTO: CIERRE DE LA ÚLCERA.

(Tapamuj) (1-1-2)

PDO. DR. CRESPO
MÉDICO ADJUNTO

78 89

DR. ECHAVARRI GUERRA
JEFE DE SERVICIO

DOCUMENTOS MÉDICOS

INFORME DE ALTA

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 dispoñe da alta forzosa

CONSENTIMIENTO 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**. Pódese **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 persoal 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



Hospital Comarcal de Monforte
Monforte

INFORME BREVE DE ALTA

Nombre
del documento

Servicio y unidad

SERVICIO DE _____

NOMBRE _____

Identificación del paciente

FECHA DE INGRESO _____

FECHA DE ALTA _____

N.º DE H.ª CLÍNICA _____

Fecha de
ingreso y alta

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).

MOTIVO DE INGRESO:

EXPLORACIONES SIGNIFICATIVAS:

TRATAMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES AL ALTA:

ASIGNADO Dr./Dra.:

Identificación
del facultativo
responsable

MS/016/23

NOTA: PUEDE SER SOLICITADO A SU MÉDICO O SECRETARÍA DEL SERVICIO UN INFORME MÁS AMPLIO.

Hospital Comarcal de Monforte - Rúa Corredora, s/n. - Telf. 982 41 79 00. Fax 982 40 40 00 - 27400 Monforte de Lemos (Lugo)

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 persoa que o administra.
- ✓ **Gráfica de enfermería:** Rexistro das constantes vitais, e outros datos para o control da evolución do paciente.
- ✓ **Informe de enfermería o 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 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE						
ENFERMERÍA									
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

Etiqueta de identificación

Planta: Hab.: Cama:

Alergias:

NECESIDADES	MES	AÑO	DÍA											
			FREC.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Problemas/Cuidados														
1. RESPIRACIÓN														
☐ Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Ejercicio respiratorio/Incentivador ☐ Oxigenoterapia ☐ Aspiración de secreciones ☐ Vigilar Bipop/Cpap ☐ Valorar pulsioximetría														
2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN														
☐ Déficit de Autocuidado: 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 Autocuidado: 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											
			FREC.	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
Problemas/Cuidados														
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 ☐ Deambulación: ayudas mecánicas ☐ Ejercicios activos/pasivos ☐ Vigilar inyección ☐ Prevención antitrombótica														
5. REPOSO/ SUEÑO														
☐ Posición en la cama ☐ Proporcionar bebidas calientes														
6. VESTIDO														
☐ Déficit de Autocuidado: Vestido r/c Fecha de aparición: Fecha de resolución: ☐ Ayuda: Total/Parcial/Autónomo														
7. TERMORREGULACIÓN														
☐ Medidas físicas ☐ Vigilar temperatura														
8. HIGIENE/PIEL														
☐ Déficit Autocuidado: 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 ties. vitales ☐ Balance hídrico ☐ Glicemia capilar ☐ Preparación preoperatoria														

Hospital Universitario Ramón y Cajal
Comunidad de Madrid

1º Apellido:
2º Apellido:
Nombre:
Cama: N° HISTORIA
Edad: Teléfono: Servicio:

ACTIVIDADES AUXILIAR DE ENFERMERÍA

UNIDAD TIT/TLF CAMA AÑO MES
ALERGIAS ☐ NO CONOCIDAS ☐ SI ☐ A: TALLA

DÍA															
TURNOS	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
AUX. DE ENF.															
PESO															
TEMPERATURA															
AYUNAS (A-Q-P)															
GDO. DE DEPENDENCIA															
ALIMENTACIÓN															
HIGIENE															
MOVILIZACIÓN															
EVACUACIÓN															
DIETASUPLEMENTOS															
INGESTA															
MAÑANA															
TARDE															
NOCHE															
TOTAL															
DIURESIS															
MAÑANA															
TARDE															
NOCHE															
TOTAL															
N° Deposiciones															
ENEMAS															
VÓMITOS															
OTRAS ACTIVIDADES															

DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

PACIENTE:

HABITACIÓN:

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

PASE DE VISITA MÉDICO

Unidad: U.ENF.VELA B PLANTA 4 HAC XXIV

Personal Clínico:

Nombre :

NASI : N° Historia : N° Episodio : Sexo : Hombre Edad : 71

 **B42101**

Balance hídrico

	17/10/2023	18/10/2023	19/10/2023	20/10/2023	21/10/2023	22/10/2023	23/10/2023	24/10/2023	25/10/2023
LIQUIDOS									
Ingesta (liq)	450	1350	250	700	1500	800	1450	1200	1450
Total Entradas	450	1350	250	700	1500	800	1450	1200	1450
Diuresis (liq)	-	2150	1800	850	2300	1450	2100	2000	1950
Total Salidas	0	2150	1800	850	2300	1450	2100	2000	1950

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 identificación 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

Estrutura SOAP:

- Datos Subxectivos:

O que conta o paciente

O motivo pelo que acode ao centro de saúde

Os sintomas.

- Datos Obxectivos:

Signos que resultan da exploración médica

Exames complementarios

- Aproximación diagnóstica:

Avaliación dos problemas.

- Plans:

Estudios diagnósticos se se necesitan

Tratamento

[illegible]

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (HCE)

Informatización no sistema público casi completamente implantada.

Non é homoxénea en todas as CCAA, cada unha ten o seu propio sistema informático.

- ✓ **Dispoñibilidade:** en calquera 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 datos

Permite xerar informes clínicos facilmente

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 ordenación os máis usados son:

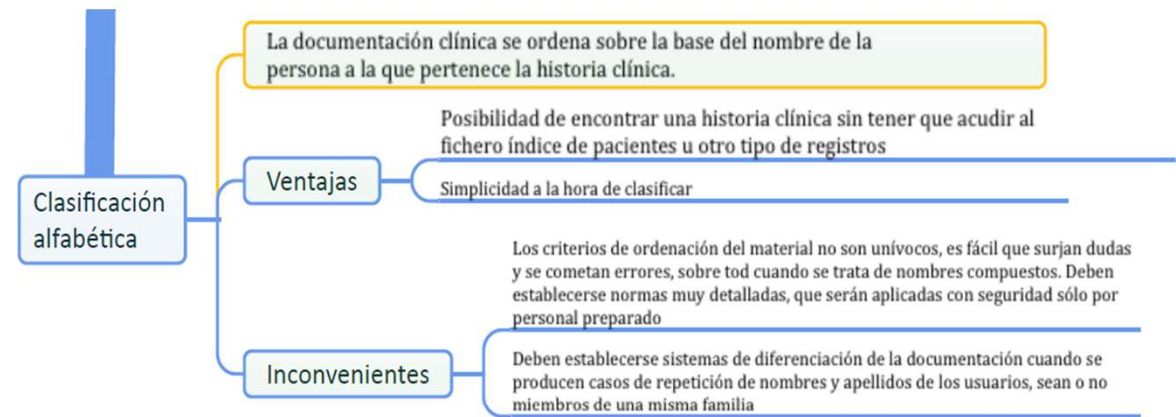
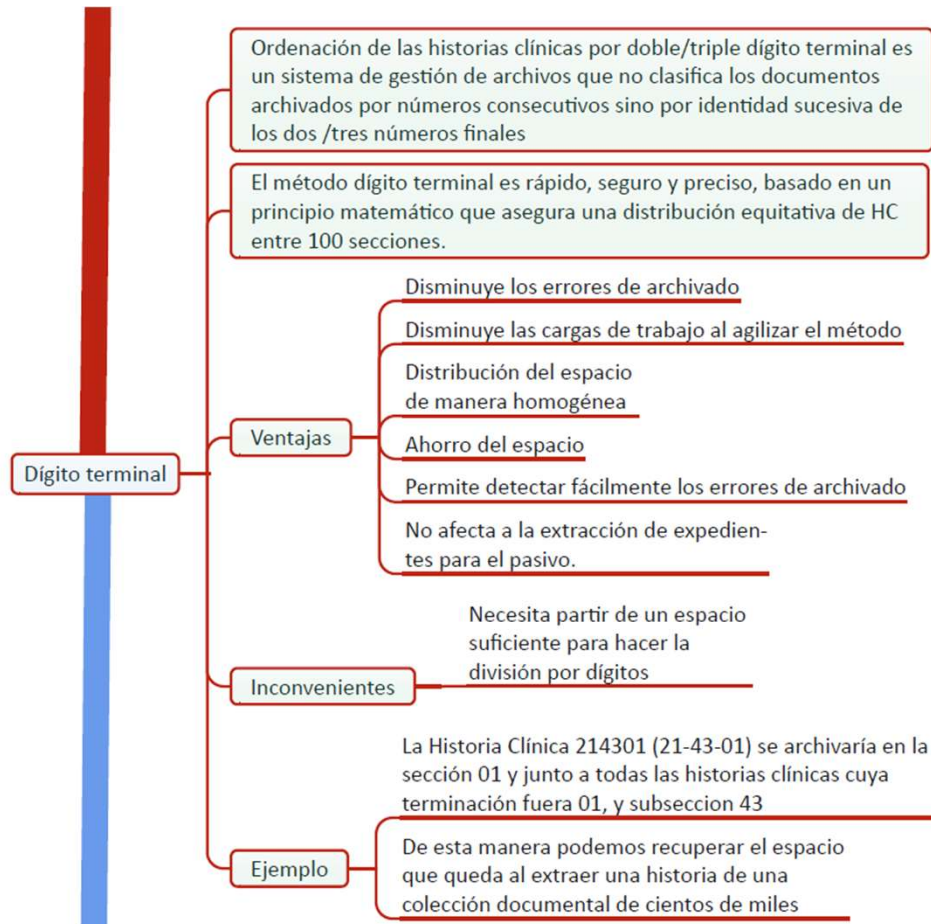
Sistema díxito terminal

Data de nacemento

Data de atención

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