

**MANUAL HISTORIA CLINICA WEB
(Módulo)**



ISO 9001: 2008

- **Historia del Documento**

Ver	Descripción Cambio	Fecha
1	Creación Manual HC Web Ambulatoria	09/2013
2	HC Intrahospitalaria	04/2014
3	Actualización funcionalidades	07/2016

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	5
DEFINICION DEL PROCESO	5
DIAGRAMA.....	6
OBJETIVO DEL PROCESO	6
GLOSARIO.....	7
PARAMETRIZACIÓN	8
GENERALIDADES.....	9
INGRESO AL SISTEMA.....	11
HISTORIA CLINICA WEB INTRAHOSPITALARIA	12
FUNCIONES PANTALLA PRINCIPAL.....	12
ATENCIÓN AL PACIENTE.....	15
PESTAÑAS EN FOLIO DE ATENCIÓN DE HISTORIA CLÍNICA.....	21
SUBJETIVO.....	21
REVISIÓN POR SISTEMAS.....	26
ANTECEDENTES.....	27
SIGNOS VITALES.....	34
EXAMEN FÍSICO.....	42
ESTADIOS DE TANNER.....	42
GESTACIÓN ACTUAL	44
RESULTADOS.....	48
ANÁLISIS Y PLAN.....	57
REGISTRAR DIAGNÓSTICO.....	57
ANÁLISIS.....	59
PLAN.....	59
MONITOREO.....	60
VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA	62
ORDENES MÉDICAS	63
PARACLÍNICOS.....	63
DIETAS – RECOMENDACIONES – CERTIFICACIONES.....	70

INCAPACIDADES	70
VALORACIONES Y CONTROLES	72
P Y P	73
PLAN DE TRATAMIENTO	73
FORMULACION	74
FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS / SUMINISTROS	74
FORMULACIÓN DE INFUSIONES	77
CONTROL DE MEDICAMENTOS	77
EVOLUCION	79
SUBJETIVO	79
OBJETIVO	81
ANÁLISIS Y PLAN	85
ORDENES MÉDICAS	86
FORMULACIÓN	87
FORMATOS	88
AIEPI	88
PARTOGRAMA	91
SALIDA	91
APOYO TERAPEÚTICO	93
DIETAS	94
INTERCONSULTAS PENDIENTES	95
PROCEDIMIENTOS PENDIENTES PACIENTES	97
MENÚ RESUMEN	101
RANGO DE FECHAS Y RANGO DE FOLIOS:	102
ENFERMERÍA:	102
CERTIFICADO MÉDICO:	102
EPICRISIS POR INGRESOS:	103
CTC:	103
RESULTADOS:	104
DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:	104
FORMATOS:	104
ANOTACIONES CONFIDENCIALES:	105
VIDEOS Y PDF'S:	105

AUTORIZACIONES:	105
INCAPACIDADES:	106
CURVAS DE CRECIMIENTO:	106
FORMULACIÓN:	106
ORDENES MÉDICAS:	107
DIETAS/ RECOMENDACIONES/ CERTIFICACIONES:	107
P AUDITIVOS:	107

INTRODUCCION

Este manual representa una guía práctica que se utiliza como herramienta de consulta para llevar a cabo el procedimiento del módulo Historia Clínica en Hosvital HIS WEB. Facilita el aprendizaje y proporciona orientación a nivel operativo o de ejecución requerido por el usuario al manejar la aplicación

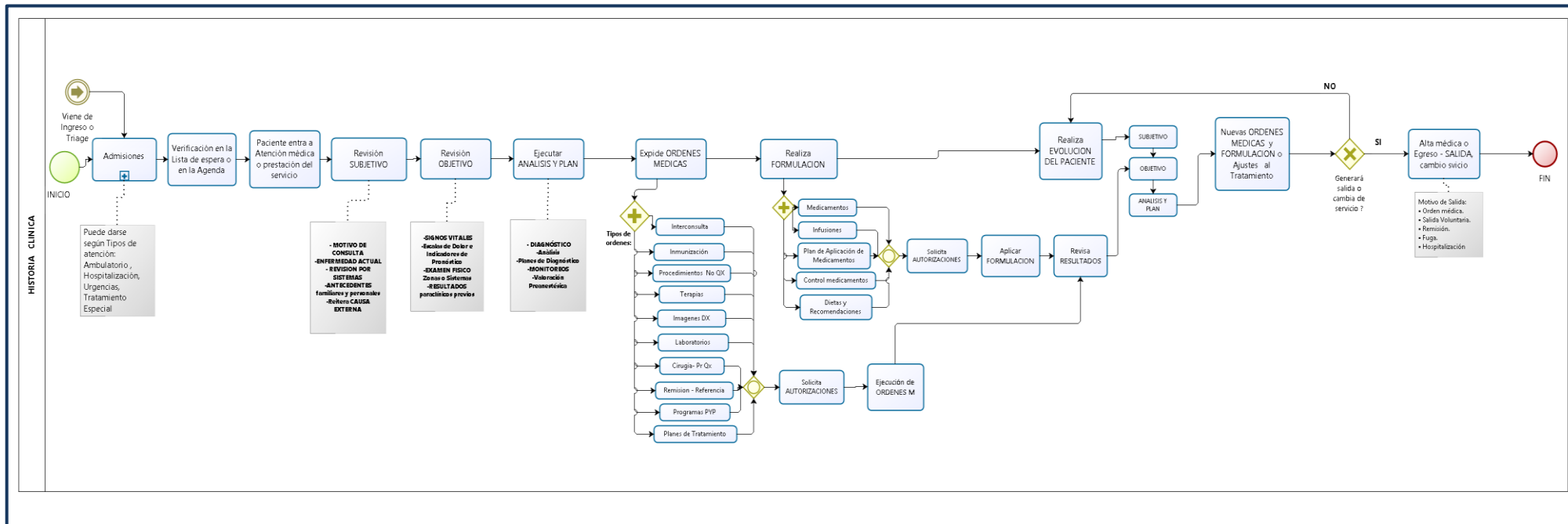
Es descriptivo, establece qué información ingresar al software como insumo, para obtener el resultado esperado en cuanto a registro de información, informes, reportes, anexos y demás.

DEFINICION DEL PROCESO

En el Proceso de atención en la Historia Clínica, se consigna la información de los pacientes de forma ordenada, cronológica, relacionada y detallada, esta información servirá para varios propósitos: administración de información de manera electrónica, ordenamiento de laboratorios clínicos, exámenes y radiología, análisis de resultados, aplicación de medicamentos, de planes de tratamiento terapéutico, de procedimientos quirúrgicos; controles administrativos, estadísticas e informes para programas de prevención.

Contempla desde el momento de la atención al paciente, el desarrollo de las órdenes médicas, apoyo terapéutico, revisión de evolución hasta la salida clínica (si hay lugar). Esta atención al paciente puede darse por Consulta Externa o en forma Intrahospitalaria. Los sucesos registrados en la atención al paciente en el ambiente WEB, se entrelazan con la plataforma WIN de Hosvital HIS para relacionarse con otros módulos como facturación, administración de cuentas, SIG, etc.

DIAGRAMA



OBJETIVO DEL PROCESO

Guiar al usuario para el cumplimiento de sus tareas aplicadas en el módulo Historia Clínica de Hosvital HIS en WEB, como son:

- Registrar en la Historia clínica la información concerniente y que tenga impacto en la salud del paciente, así como todas las actividades desarrolladas para su beneficio
- Establecer relación de continuidad entre el seguimiento de apoyo terapéutico, la afectación en Historia clínica y los demás procesos administrativos en la institución de salud
- Poder dar respuesta a los informes, estadísticas y reportes de Ley según el marco aplicable (país, ciudad, municipio)

GLOSARIO

El siguiente es el vocabulario que se considera pertinente para entender las actividades de este proceso:

- **Epicrisis:** Resumen de la Historia Clínica que contiene lo más significativo en la atención que se brindó al paciente, suele generarse al finalizar el episodio médico, debe inferir una conclusión global u observación completa de la enfermedad.
- **SOAP:** Método para inscribir la información de Evolución en la HC: Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan. Subjetivo se refiere a las impresiones subjetivas expresadas por el paciente cuando le interrogan sobre su padecimiento. Objetivo es el registro del examen físico o de exámenes complementarios que realiza el médico de cada sistema. Análisis contiene las conclusiones e ideas diagnósticas y terapéuticas del estado actual del paciente, comentarios respecto al caso. Plan muestra las conductas, pruebas y órdenes que se tomarán: en la parte diagnóstica, terapéutica y de seguimiento.
- **MC/EA:** Motivo de la Consulta y Enfermedad Actual, estas se diligencian en Ingreso de la HC.
- **TNM:** Se refiere al Método de estadiaje, determinar la extensión y gravedad de una enfermedad, de neoplasias del cáncer que fue desarrollado por AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra Cáncer). Significa T: tamaño del tumor ; N: afectación o no de los ganglios linfáticos regionales ; M: presencia o no de metástasis a distancia
- **Estadio:** En oncología, se refiere al grado en el cual se encuentra el tumor, tamaño y si se ha extendido, es decir su etapa de desarrollo.
- **Clasificación FIGO:** En oncología, se refiere a la clasificación quirúrgica adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2008) y por el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer, solamente acerca de padecimientos ginecológicos: endometrio del útero, ganglios linfáticos, especialidades de gineco-oncología

PARAMETRIZACIÓN

A continuación se indican los datos que se deben parametrizar para la utilización del módulo Historia Clínica WEB y la ruta en el sistema donde se encuentran:

- Empresas: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Empresas
- Contratos por Empresa: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Contratos por empresa.
- Tarifarios: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Tarifario
- Procedimientos: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Procedimientos
- Portafolio de Procedimientos: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Portafolio Procedimientos
- Suministros: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Suministros
- Portafolio de Suministros: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Portafolio de Suministros
- Causa Externa: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ / SGSSS / Causa Externa (Resolución 3374 de 2000)
- Listas de Precios: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Listas de precios
- Productos: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Contratación / Productos
- Usuarios: Asistencial Mantenimiento/ Seguridad/ Administrar/ Usuarios
- Médicos: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Logístico / Personal Clínico (Detallar agenda)
- Especialidades: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ SGSSS / Especialidades (Resolución 1830/1999).
- Consentimientos Informados: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Clínico/ Consentimientos Inform.
- Servicio o Pabellón/ Camas: Asistencial Mantenimiento/ Archivos/ Logístico / Pabellón y Camas.
- Diagnósticos: Asistencial / SGSSS / Diagnósticos (CIE10).
- IPS: (Cuando la vía de ingreso es remisión): Asistencial Mantenimiento/ Archivos / Logístico / IPS
 - Clasificación TNM, estadios oncología: Asistencial Mantenimiento / Archivos/ Clínico/ Clasificación TNM

Activación de FLAGS según procesos de la institución: (RUTA: Asistencial Mantenimiento/ Parámetros/ Activar Tarea)

- 05 – Interfaz laboratorio: si se posee un LIS, sistema de laboratorio hace que se registren las órdenes de laboratorio a las tablas intermedias de la base de datos Interlab
- 11 - Activa interfaz de imágenes diagnósticas mediante protocolo HL7
- 13 - Habilita realizar cambios en la hora de atención del paciente, si el usuario del sistema tiene los permisos necesarios en la HC
- 15 - En historia clínica ambulatoria la fórmula se genera en formato pre impreso que maneja el cliente
- 22 – Ordenes médicas, imprimir todo (considerar flags 17 al 21)
- 40 – Interfaz Imágenes diagnósticas: hace que se registren las órdenes de procedimientos de imágenes diagnósticas a las tablas intermedias de la base de datos Interima, con la parametrización adecuada
- 43 – No obliga a generar formato CTC en los procedimientos que requieren autorización
- 65 - Agrupa Procedimientos en POS/NO POS para Autorizaciones, generando un código para los POS y otro para los NO POS
- 74 - Permite detener el proceso de envío de resultados a Hosvital de Imágenes y laboratorio en la interfaz con LIS / RIS

- 75 - Se muestra el registro sanitario en el formato de CTC estándar
- 76 - No tiene en cuenta el gasto urinario desde el control de líquidos
- 77 - Proceso de incapacidades mediante web service, interfaz incapacidades
- 92 – Visualiza cantidad de medicamento formulada por el médico, en el formato NO POS
- 95 - Los médicos puedan registrar folios en fecha diferentes (anteriores y/o posteriores a la fecha actual - fecha de la cita)
- 98 - Los reportes de HC (RHsCixFch y REpicri1) no muestran el número de folio y los signos vitales se visualizan después de examen físico
- 99 - En los reportes de Formula Medica los medicamentos que están marcados como de control no se muestran
- 101 - En los reporte de historia clínica se mostrará sólo el último resultado. No el histórico
- 103 - Muestra la causa externa del folio anterior, y activa el campo de ocupación cuando son accidentes de trabajo
- 107 - Visualizar Saldo de Suministros al realizar Formulación
- 109 - Al ordenar una interconsulta se valida que la especialidad solicitada esté asociada con el médico que la ordenó
- 114 -Cálculo de la cantidad mediante la dosis, la frecuencia y los días de tratamiento: Dosis * Frecuencia * Días Tto
- 112 - Imprimir Solicitud de Autorización al cerrar folio
- 115 - El personal Clínico puede ordenar todos los procedimientos, independiente de su especialización en Urgencias y Hospitalización
- 116 - Cuando se cierra el folio el sistema generará el reporte de las órdenes realizadas al paciente en ese folio
- 117 - El usuario puede cancelar citas 10 minutos después de la fecha de la cita
- 122 - Se activa la funcionalidad AIEPI en el módulo para poder utilizarlo
- 126 - Método Alternativo para Aplicación de Pruebas por Laboratorio
- 128 - Ocultar Pabellones Inactivos HC en el listado de pabellones
- 130 - No solicita número de días de tratamiento para medicamentos de Control intrahospitalario
- 132 - citas de junta médica en las firmas del folio se verán los médicos que asistieron, registrados en la reserva de la cita
- 158 - Al transcribir una fórmula que trae el paciente se puede modificar la fecha del registro
- 164– Se visualiza pestaña para registrar notas confidenciales Clínicas - H.C. WEB
- 165- Activar visor de documentos externos en interface Docunet
- 169 – Se activa Plantilla CTC opción 2 Medicamentos y Procedimientos
- 172, 173 – activación-creación de pacientes y creación de agenda en RIS
- 183 - Obliga Razón de consulta Reporte resumen HC
- 192 – Mostrar columna estado por Procedimiento
- 209 – Se hace obligatorio diligenciar el campo Análisis en “Análisis y Plan”
- 210 – Obligatoriedad en los signos vitales definidos por el Doctor

GENERALIDADES

- **Botones de Gestión:** Dentro del sistema Hosvital web se manejan botones en cada una de las pantallas que contienen funcionalidades específicas; tales como:



Confirmar proceso realizado.



Cierre de folio.



Generar Reporte con opción de visualización en pantalla en formato PDF o imprimir directamente.



Actualiza la pantalla.



Regresar página anterior.



Entrada nueva



Generación reporte histórico.



Atender paciente



Cambio de médico tratante.



Datos del afiliado



Ubicación del paciente.



Calendario: permite seleccionar la fecha



Despliega opciones en el menú

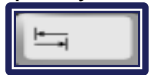


Eliminar los datos u órdenes, folio actual



Modifica datos u órdenes en el folio actual (no cerrado)

- **Funciones Especiales:** Para un mejor desempeño dentro del sistema Hosvital, se encuentran funciones especiales del teclado que ayudan a mejorar el tiempo en la actividad. Estas funciones especiales son:



(Tab) Desplazamiento entre casillas.



(%) Búsquedas específicas, en lista de selección ej: %SALBUTAMOL

Importante

- Ingrese por el navegador Google Chrome, esto con el fin de tener un óptimo funcionamiento de la aplicación.
- Cuando ingrese a la aplicación las opciones (módulos) que van a aparecer en el menú dependen de los permisos que se le hayan asociado en la parametrización que tenga el grupo al cual se inscribió cuando fue creado como usuario en sistema.

INGRESO AL SISTEMA



Figura 1

MENU PRINCIPAL

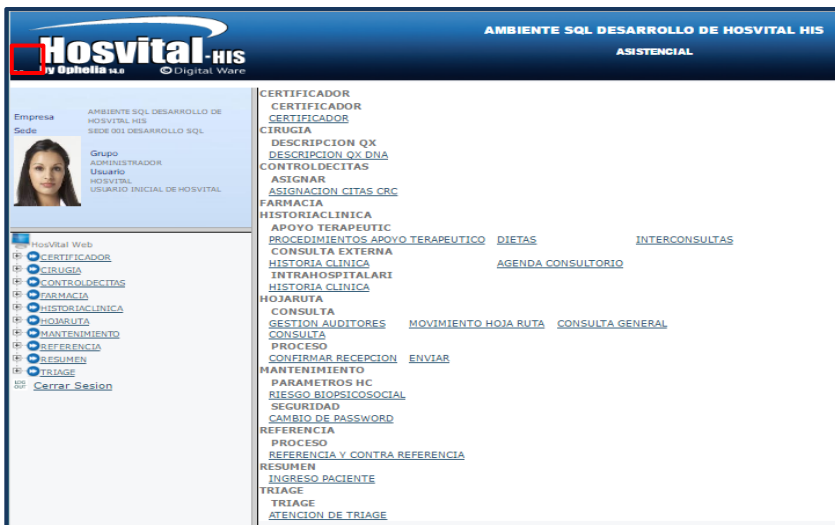


Figura 2

Para ingresar al sistema Hosvital Web debe:

1. Digitar su usuario.
2. Digitar su contraseña.
3. Seleccionar el acceso, en este caso **Asistencial** por tratarse de la historia clínica médica.
4. Seleccionar la sede, dando click en el botón para desplegar opciones. (En caso de que se tenga 2 o más sedes).

5. Click en el botón confirmar.



Estos iconos permiten ocultar o mostrar la parte izquierda de la pantalla. Ubicado en la parte superior izquierda (Rojo)

Allí se encuentra información Usuario - Empresa (previamente parametrizada). Se observa la foto del usuario, el nombre de la empresa, la sede, el nombre del usuario con los cuales se realizó el ingreso y el grupo al que está asociado el usuario.

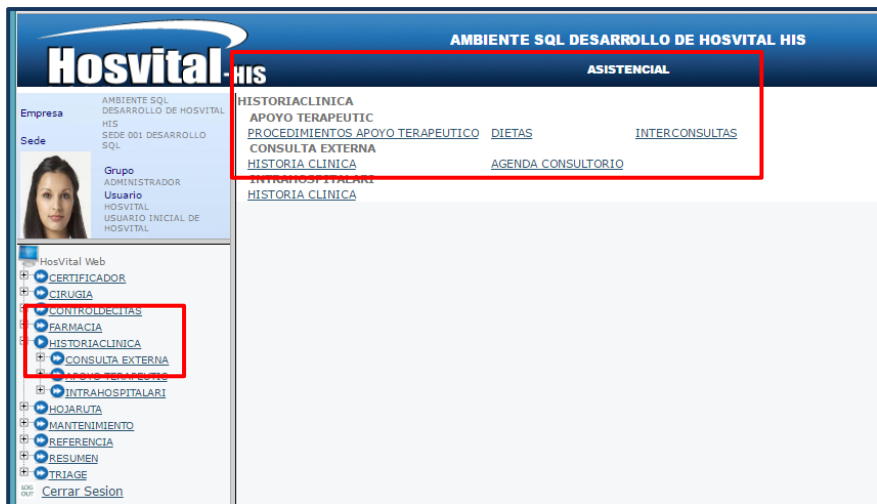


Figura 3

HISTORIA CLINICA WEB INTRAHOSPITALARIA



Figura 4

Código: M-HOS-046A
Manual Historia Clínica WEB

En la parte izquierda y derecha de la pantalla encontrara el menú principal, en él se encuentran los módulos asociados a su usuario.

En el menú de la parte izquierda muestra los menús principales con opción desplegable, para visualizar los submenús se debe dar click

sobre el icono más

Con el icono muestra el modulo con los correspondientes submódulos en la parte derecha de la pantalla.

Para finalizar la actividad en Hosvital WEB, se debe dar click en cerrar

sesión.

Funciones pantalla Principal

El módulo de Historia Clínica Intrahospitalario está dirigido a la atención de pacientes según el tipo de atención: Hospitalización, Urgencias, Tratamiento Especial o la atención por clasificación de prioridad Triage.

Para dar inicio al proceso, se debe elegir la opción de Intrahospitalario ubicado en el menú principal. En la parte izquierda, en el módulo Historia Clínica se despliega las opciones de submenús y se elige Intrahospitalario.

También, en la parte derecha de la pantalla encontramos el acceso directo a la opción **Intrahospitalario/Historia clínica**.

En Al ingresar al Acceso se muestra la pantalla HPcUrgHs, Pacientes Triage, Urgencias, Hospitalización y Tratamiento Especial:

Deben tenerse en cuenta los filtros para obtener la información a consultar: la lista de Historias Clínicas.

Se pueden diligenciar algunos parámetros, no todos necesariamente:

- **Fechas del Proceso:** Fecha Inicial y Fecha Final de búsqueda (preferible no superar 30 días)

- **Tipo de atención:**

Seleccionar de la lista desplegable: Hospitalización, Urgencias, Tratamiento Especial, Triage, Todos

- **Servicio:**

Ubicación o pabellón donde se encuentra el paciente.

- **Estado:**

Si ha sido Atendido o No atendido


- **Especialidad:**

Elegir especialidad médica por la cual ingresa a la institución de salud o fue atendido

Figura 5

- **Medico:** Medico quien atendió al paciente al ingreso.
- **Cama:** Número de la cama donde se encuentra el paciente.
- **Prioridad:** Puede ser Alta, media o Baja en su atención
- **Paciente:** Número de identificación con el que se le hizo la admisión al paciente

- **Tipo de documento:** Tipo de documento según número de identificación del paciente, edad, residencia, etc...
- **Nombre:** Nombre del paciente relacionado con el tipo de documento.

Una vez terminado el diligenciamiento de los datos para su filtro, se procede a dar click en el icono Actualizar  para visualizar el resultado

Indicadores

Los indicadores se encargan de relacionar el estado de atención en el que se encuentra el paciente al momento de su consulta. Según tipo de color:

- **Amarillo:** Estado del paciente pendiente por atención o sin evolución.
- **Verde:** Estado del paciente atendido y con evolución.
- **Azul:** Estado del paciente atendido y con salida autorizada por el médico tratante.
- **Rojo:** Estado del paciente que por su situación clínica debe tener una mayor atención.



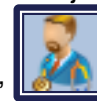
Figura 6

Cambio médico Tratante



Figura 7

Se visualiza en la información arrojada por la consulta el Botón de



“Cambio de médico Tratante” Este permite realizar el cambio del médico actual por un nuevo médico que continuara con la atención. **Si el paciente tiene salida clínica este proceso no puede ser realizado**

Al elegir esta opción el sistema arroja una nueva ventana: Se debe tener en cuenta los datos para el cambio de médico y especialidad, utilizando las listas desplegables y luego **Confirmar**

Atención al Paciente



Estando ubicado en la pantalla *HPcUrgHs*, al dirigirse al botón *Atender*, Emitirá una nueva pantalla: *HHCGrnl* donde se visualizarán los datos generales del paciente, generados desde admisión y botones de consulta con respecto a información del paciente.

Si el paciente se encuentra con salida clínica este proceso *no puede ser realizado*

En esta pantalla *HHCGrnl* encontramos datos generales del paciente.

- HC-URGENCIAS; HC-HOSPITALIZACION; HC-TRAT. ESPECIAL: Tipo de atención que está recibiendo el paciente.
- Profesional Medico: Nombres del médico tratante.

Datos del paciente

- Datos personales:

Datos generales del paciente generados desde Admisión.

- Datos Clínicos:

Ultimo diagnostico dado por el médico tratante y el tipo de sangres.

- Datos de Ingreso:

Ubicación del paciente, numero de cama que ocupa y el tiempo en días, horas que lleva de estancia en la institución.

- Datos de Oncología:

Si el paciente tiene cáncer, presenta la característica **TNM**: escala de clasificación de las neoplasias para Cáncer, **Estadio**: estado del desarrollo del tumor y **Característica FIGO**: clasificación para pacientes femeninas con patologías onco-ginecológicas, adoptadas por la Fed Int Ginecología, corresponde con sistema TNM

- Datos de Ingreso Triage:

Contiene los signos vitales que se midieron en la consulta Triage



Figura 8

Ubicación de Pacientes



Al dar click en el ícono Ubicación del Paciente El sistema pantalla *HHisUbiPac* muestra el histórico de la ubicación que ha tenido el paciente durante la primera admisión hasta la fecha o en caso de búsqueda de información detallada sobre el histórico del paciente, en la parte superior de la pantalla se encuentra una barra de filtros que ayuda a agilizar la búsqueda.

Para el filtro de información se debe diligenciar:

- Tipo atención: Atención que recibe el paciente al ingresar a la institución según su estado, ambulatorio, hospitalización, urgencias, tratamiento especial, triage.
- Pabellón: Ubicación donde se encuentra el paciente antes de la emisión de la salida médica y administrativa.
- Fecha desde y hasta: Rango de fechas, estancia del paciente dentro de la institución.

Una vez ingresado los datos, se procede a dar click en “actualizar para visualizar la información requerida en la grilla.

Información en la grilla:

- Consecutivo de ubicación: Consecutivo que se asigna desde el primer ingreso del paciente hasta el último o el actual.
- Cama: Número de la cama que el paciente ocupó durante la estancia en el servicio.
- Pabellón: Código del pabellón donde el paciente se ubicó durante la estancia.
- Descripción: Nombre del pabellón donde el paciente se ubicó durante la estancia
- Fecha y hora de Ingreso: Fecha y hora en la que al paciente se le elaboro la admisión.
- Usuario: Médico tratante quien realizo la atención.
- Fecha y hora de egreso: Fecha y hora en la que al paciente se le dio salida médica y administrativa.
- Duración: Tiempo de estancia del paciente dentro de la institución, dado en horas.
- En observación: Información si el paciente requirió o no observación y control de síntomas.

Historico ubicaciones paciente

Paciente 7676 CC AMELIA LILIANA VEGA V

Tipo atención: TODOS Pabellón: Todos

Fecha desde: // 00:00:00 Hasta: 27/08/2014 08:14:27

Cons. Ubic.	Cama	Pabellón	Descripción	Fecha y hora ingreso	Usuario	Fecha y Hora de Egreso	Duración	En observación
1	HP001	11	HOSP. 1 SEDE 001	30/04/2014 16:36:49	CALIDAD	11/06/14 11:21:53	1002	No
2	HP008	11	HOSP. 1 SEDE 001	11/06/2014 11:21:53	HOSVITAL	16/06/14 17:02:10	125	No
3	UC03	8	UCI ADULTO SEDE 001	16/06/2014 17:02:10	CALIDAD	11/07/14 09:07:43	592	No

HHisUbiPac

Figura 9

Para regresar a la pantalla de detalle, atención al paciente, se da click en el botón Salir .

Nota: Esta pantalla es tipo Consulta.

Datos Afiliados



Al dar clic en el icono de datos afiliados muestra una pantalla donde se visualiza:

- **Información principal:**

Datos generales del paciente registrados al momento de la admisión tales como cedula, tipo de documento, expedida en, No. Hist. Clínica, Nombres y apellidos completos, Sexo, fecha de nacimiento, edad, Domicilio, Perteneciente a etnia, estado civil, ocupación y discapacidad?

- **Información complementaria:**

Datos del paciente con respecto a lo diferentes medios de contacto que se puedan tener como número telefónico, numero de celular, correo electrónico, dirección de residencia, empresa donde trabaja, otra afiliación.

Para regresar a la pantalla de detalle, atención al paciente, se da click en el botón Salir .

Nota: Esta pantalla es tipo Consulta.

Maestro de Pacientes

Consecutivo automático documento? Paciente Recién Nacido Inst?

Información Principal

Cédula	7676	Tipo de Documento	CC
Expedida en	BOGOTA	No. Hist. Clínica	7676
Primer Nombre	AMELIA	Segundo Nombre	LILIANA
Sexo	Femenino	Primer Apellido	VEGA
Departamento	BOGOTA D.C.	Segundo Apellido	V
Pertenencia étnica	Negro	Edad/Nacim	30/04/1986 00:00 DD/MM/AAAA
Ocupación	M.U. ORGANIZATION	Edad	28 Años
		Municipio	BOGOTA D.C.
		Barrio	CEDRO MADEIRA *
		Nac. Etnica	Est. Civil Soltero
		Discapacidad?	No aplica <input checked="" type="checkbox"/>

Información Complementaria

Provincia Nac.		Cantón Nacim.	
Atn. Esp.	Seleccionar		
Empresa Tra	00	Tel. Oficina	0
Celular	0	☐ V. Solo(a)?	
Tipo de afiliación		Dirección	0
Nivel Educativo	Analfabeta	Otra Afiliación	00
☑ Activo?		Estado Niv Edu	Completa
		☐ Usuario Preferencial?	

Figura 10

Consultar Folio



La opción consultar folio, permite visualizar folios cerrados de anteriores médicos tratantes con información necesaria para la correcta atención al paciente.

Dentro de la barra de filtros se encuentran

- **Tipo Atención:** Atención que recibe el paciente al ingresar a la institución según su estado, ambulatorio, hospitalización, urgencias, tratamiento especial, triage.
- **Medico:** Médico tratante con historial de atención al paciente.
- **Fecha desde y hasta:** Rango de fechas de folios atendidos por médicos tratantes.
- **Estado:** Estado del folio Cerrado o Abierto



Modificar Folio:

Permite el ingreso al folio para modificarlo, siempre y cuando este no haya sido cerrado, además que el profesional que vaya a modificar sea el mismo que lo genero.



Anexo Técnico 3:

Si en el folio existen órdenes médicas que requieran autorización de procedimientos, puede realizar la impresión del anexo técnico 3.

Nota Aclaratoria		Sin Nota Aclaratoria			
↻		↶			
				Folio	Fecha atenc
				89	26/08/2 16:33
				88	25/08/2 14:07
				87	20/08/2 09:49
				86	19/08/2 12:57
				85	19/08/2 12:56
				84	19/08/2 12:55
				83	19/08/2 12:53



Nota Aclaratoria:

Permite realizar una advertencia, explicación o comentario en caso de que el folio se encuentre cerrado, el profesional que vaya a realizar la nota debe ser el mismo que lo genero.

Indicadores:

Permite identificar si el folio se le genero nota aclaratoria o no.

Figura 11


Información en la Cuadrícula al Consultar Folio:

- **Folio:** Numero consecutivo de folio, adicional a esto al seleccionar el número de folio se genera la historia clínica en formato PDF.
- **Fecha de atención:** Fecha en la que el médico tratante genero el folio y procedió a atender al paciente.
- **Nombre medico:** Nombre del médico tratante quien genero el folio y atendió al paciente.
- **Especialidad:** Especialidad asociada al médico tratante quien genero el folio y atendió al paciente.
- **Tipo de atención:** Atención que recibe el paciente al ingresar a la institución según su estado, ambulatorio, hospitalización, urgencias, tratamiento especial, triage.
- **Triage:** Indica si el paciente se le creo la admisión por triage.

Folio	Fecha atención	Nombre médica	Especialidad	Tipo de atención	Triage	Fecha de Consulta	Estado	Est. Folio	Especialidad folio
83	26/08/2014 16:31:35	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	26/08/2014 16:32:05	Activo	CERRADO	General
83	25/08/2014 14:07:04	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	25/08/2014 14:07:04	Activo	CERRADO	General
83	20/08/2014 09:45:10	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	20/08/2014 09:45:10	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:57:29	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:57:29	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:56:08	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:56:08	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:55:14	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:55:52	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:52:12	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:52:12	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:26:41	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:26:41	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:17:46	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:17:46	Activo	CERRADO	General
83	19/08/2014 12:13:52	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	HOSPITALIZACION	Si	19/08/2014 12:13:52	Activo	CERRADO	General

Figura 12

- **Fecha de consulta:** Fecha del último registro que se realizó en el folio antes de que el médico tratante procediera a cerrarlo.
- **Estado:** Estado activo o en blanco dependiendo si el folio al momento de generarlo se diligencio o se cerró sin ningún ingreso, respectivamente.
- **Estado de folio:** Notifica si el folio se encuentra abierto o el proceso de cierre se efectuó correctamente.
- **Especialidad folio:** Indica la especialidad con la que el médico tratante atendió al paciente y genero el folio.

Para regresar a la pantalla de detalle, atención al paciente, se da click en el botón Salir .



Nuevo folio:

Para la generación de un nuevo folio y la atención del paciente, se debe elegir el tipo de especialidad con la que el médico tratante y según el tipo de atención que requiera el paciente, se va a atender.

Al dar click sobre el icono de nuevo folio, y elegir la Especialidad de la lista desplegable, entonces se abrirá una ventana de confirmación en la parte superior de la pantalla, que muestra la dirección IP de donde está apuntando la base de datos. Se da Aceptar

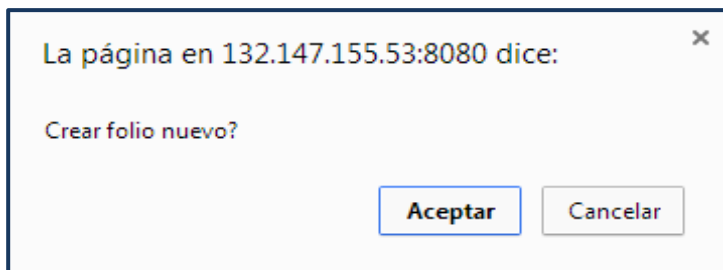


Figura 13

Se ingresa a la pantalla de Folio de Pacientes, y al dar click en registro, botón *Modificar Folio*:

El sistema ingresa en la pantalla de Historia Clínica, *HHisCliW2*

Dentro de la pantalla del Historia Clínica, en la parte superior se encuentran datos generales filtrados desde el folio anterior como son No. historia, documento, nombre, sexo, edad, cama, folio, último diagnóstico, entidad.



Imprimir folio: Opción para imprimir el folio actual antes de ser cerrado por el médico tratante.



Cerrar folio: Al momento de terminado el diligenciamiento de los criterios en la atención del paciente se debe dar click en el icono para cerrar el folio.

Pestañas en Folio De Atención De Historia Clínica

- Subjetivo
- Objetivo
- Análisis y Plan
- Ordenes Médicas
- Formulación
- Evolución
- Formatos
- Partograma (opcional mujeres embarazadas, remitirse a I-HOS-043_A Instructivo Partograma WEB)
- AIEPI (opción habilitada niños menores 5 años)
- Salida

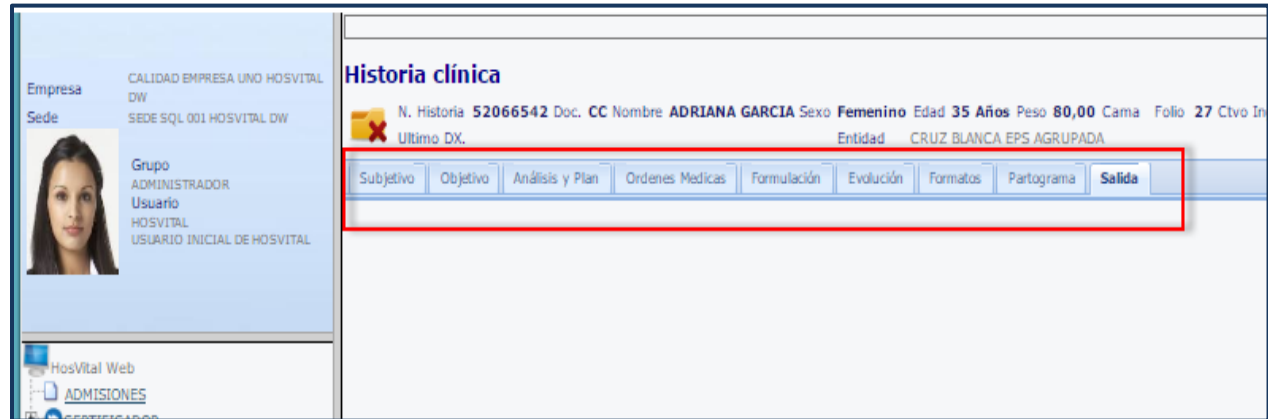


Figura 14

SUBJETIVO

Las impresiones subjetivas expresadas por el paciente cuando le interrogan sobre su padecimiento, registro de cómo se siente el paciente según como lo explica o lo que el médico tratante observa, son datos descriptivos que no puede confirmarse mediante pruebas, cómo se comporta el paciente, escuchando como describe sus síntomas y mediante las respuestas a las preguntas que se le hacen en la revisión por sistemas. Consta de distintas secciones que se deja constancia de los datos obtenidos:

- Motivo de consulta y enfermedad actual
- Revisión por sistemas
- Antecedentes

Nótese la Nueva Distribución por pestañas para mayor agilidad en el registro y consulta de la información

Motivo Consulta y Enfermedad Actual

Motivo de Consulta: En esta sección se registra lo que el paciente explica, cuál es el motivo de la consulta médica.

Utilizar las palabras del paciente, notas del médico son concisas

Enfermedad actual: Precisar la enfermedad en curso, se deben señalar los síntomas y manifestaciones de enfermedades, histórico de lo que al paciente le ocurrió en días o semanas anteriores.

Hora y Fecha de atención: El sistema la trae automáticamente.

Causa Externa y Finalidad del Servicio: Escoger la opción adecuada de las Listas Desplegables

Figura 15



Figura 16

Consecutivo de Gestación:

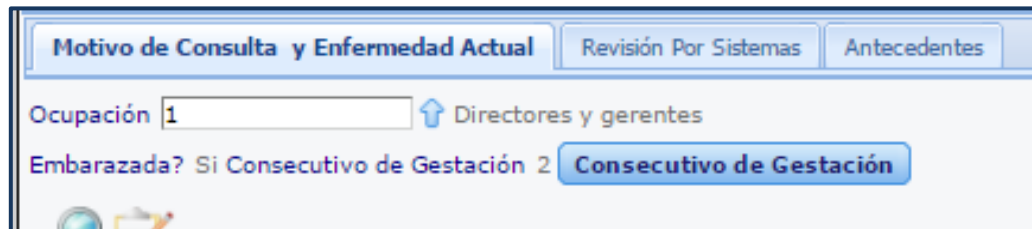


Figura 17

Ocupación: Dar clic sobre la flecha indicativa, para desplegar la Lista de Selección, y elegir la adecuada.

En Descripción pueden colocarse ayudas para la búsqueda. Ejemplo: %Gerente

Se puede navegar por las diferentes páginas con




Al crear el folio, el sistema presenta un check que confirma SI la paciente se encuentra embarazada (Sexo Femenino)

Dado el caso, asignar Consecutivo de Gestación dando click sobre el Botón, se visualiza la pantalla HLsRegGes: Registro de Gestaciones del Paciente





Registro de gestaciones del paciente

Datos del paciente
 Paciente ADRIANA GARCIA Tipo de Documento CC Documento 52066542


Ecografía Fecha Última Menstruación // Fecha Probable de Parto // 

Fecha Ecografía // Edad Gestacional Ecografía 0,0

Parto Confirmado Activo Perdida Inactivo

	Anular	Folio	Cons. Gestación	Fecha Ecografía	Edad Gest. Ecografía	Fecha Ult. Menstruación	Fecha Probable Parto	Fecha Registro Gestación	Médico quien Anula	Fecha anulación	Observacion anulación
		21	1	//	0,0	11/11/2015	17/08/2016	19/07/2016	USUARIO INICIAL MEDICO HOSVITAL	19/07/2016 15:55:30	pruebas
		21	2	27/01/2016	11,0	//	17/08/2016	19/07/2016		// 00:00:00	

Observacion Motivo Parto Confirmado




HLsRegGes

Figura 18

Se Se deben diligencian los campos necesarios **para crear el consecutivo:**

- **Lista desplegable las posibilidades entre: Fecha última menstruación/ Fecha Ecografía:**

Registro que se hace condicionado del paciente, indicando la última fecha de menstruación, o la última fecha de Ecografía con las semanas en edad gestacional que esta demuestra. Y el sistema calcula la **Fecha Probable Parto.**

Una vez finalizado el diligenciamiento de la información, se confirma haciendo click en el icono Confirmar . Este a su vez genera un consecutivo de gestación.

Para anular un consecutivo, se da click con el botón

Se confirma la anulación

Y se debe agregar en Observación una Nota aclaratoria congruente con la selección del Motivo Escoger dicho Motivo de la Lista desplegable: Parto confirmado, pérdida o error

Según los indicadores:



El registro aparece Anulado:

	Anular	Folio	Cons. Gestación	Fecha Ecografía	Edad Gest. Ecografía	Fecha Ult. Menstruación	Fecha Probable Parto	Fecha Registro Gestación	Médico quien Anula	Fecha anulación	Observacion anulación
		21	1	//	0,0	11/11/2015	17/08/2016	19/07/2016	USUARIO INICIAL MEDICO HOSVITAL	19/07/2016 15:55:30	pruebas
		27	2	27/01/2016	11,0	//	17/08/2016	19/07/2016	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	27/07/2016 17:32:02	error en la toma de la ecografía

Información en la tabla:

- Folio: Número de folio correspondiente de Historia Clínica
- Consecutivo gestación: Genera automáticamente un consecutivo dependiendo del número de gestaciones que haya tenido la paciente
- Fecha ecografía: Registro confirmado si se tiene la información en el sistema de Laboratorio
- Edad gestacional Ecografía: Tiempo de embarazo que arrojó la ecografía expresado en semanas de gestación
- Fecha ultima menstruación: Registro diligenciado con información de la paciente
- Fecha probable parto: Fecha en la que probablemente se dé el parto, que es calculada por el sistema
- Fecha registro gestación: Fecha en la que el médico tratante registra información gestante
- Médico quien Anula: Nombre de usuario que anula el registro de gestación
- Fecha Anulación: Fecha y hora en la que se realiza la anulación del registro
- Observación Anulación: Razón o motivo por el cual se anula el consecutivo de gestación

Lista de Enfermedades Anteriores y Preferencias de Atención:

Lista de enfermedades anteriores						
Fecha de Consulta 27/06/2016						
	Folio	Fecha de Consulta	Enfermedad Actual	Profesional	Especialidad	Tipo de Atención
	27	27/07/2016	<u>LEVE SANGRADO MENSTRUAL</u>	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	URGENCIAS
	26	25/07/2016	<u>DOLOR DE CABEZA -CEFALEA</u>	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	URGENCIAS
	25	25/07/2016	<u>XXXXXX</u>	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	URGENCIAS
	10	16/06/2016	<u>-CEFALEA</u>	WILLIAM GARZON	MEDICINA GENERAL	URGENCIAS
	2	07/06/2016	<u>hace 10 horas presentó -Dolor abdominal</u>	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	MEDICINA GENERAL	URGENCIAS



La lista de enfermedades anteriores muestra el histórico de enfermedades presentadas por el paciente en anteriores folios, u oportunidades.

Dando click sobre el nombre de la enfermedad se puede ver el detalle

Figura 19

Figura 20

Para registrar una Preferencia de Atención se deben diligenciar:

Código

Estado: Puede ser Activo / Inactivo

Descripción: Justifica la preferencia en la atención al paciente

Dar click en el Icono de Confirmación:



Para anular un registro se da click en el Icono de la X, y se diligencia la observación de la inactivacion

Los demás campos que tiene la tabla son: Número, Fecha, Usuario, Descripción, Id/Cod Prioridad, Descripción de la prioridad, Estado de la Prioridad, Observación Inactivación, Usuario que Inactiva y fecha de Inactivación

Revisión por Sistemas

Figura 21

Se diligencian los campos de novedades para el paciente por cada uno de los Sistemas

Se confirma la información dando click en



Para seguir con la siguiente pestaña

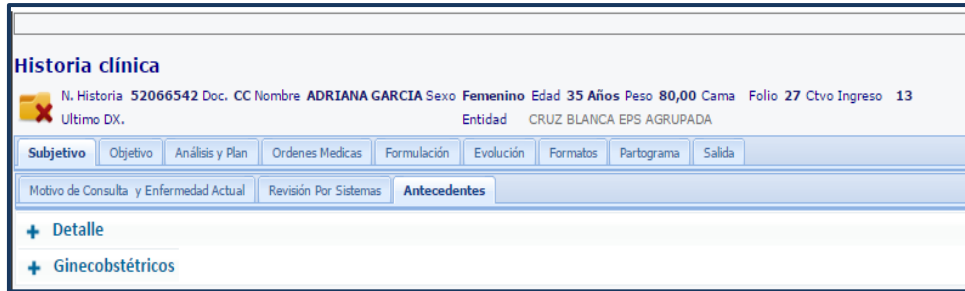


Figura 22

Por Detalle:

Se diligencia los antecedentes en cada uno de los grupos dependiendo de las enfermedades crónicas o de otras afecciones, antecedentes alérgicos, tóxicos, etc...

Estos antecedentes corresponden a:

- Personales
- Familiares
- Alérgicos
- Tóxicos
- Pediátricos
- Neonatal

Dentro del criterio de Orientación sexual, se elige dependiendo de la información que proporciones el paciente; *para estadísticas*

Se confirma la información dando click en



En la parte inferior se encuentra la Tabla resumen con los registros de antecedentes registrados

Antecedentes

Se dividen en Antecedentes por Detalle y Antecedentes Ginecobstétricos:

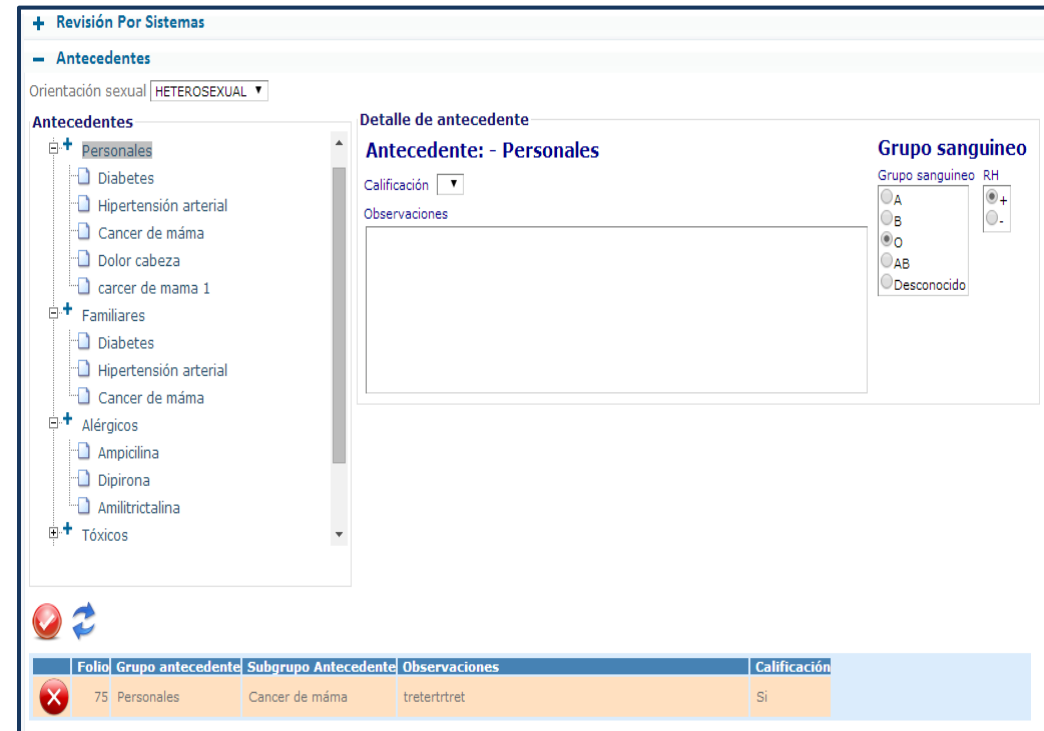


Figura 23

Detalle de antecedentes:

Se visualiza el tipo de antecedente que se va a detallar.

Dentro de la opción de calificación, se elige si refiere o no el antecedente.

En las observaciones se diligencia la información suministrada por el paciente con respecto al antecedente a tratar.


Cada vez que se diligencie uno de los antecedentes se debe dar click en el icono Confirmar, para que guarde la información y se visualice en la tabla.

Grupo sanguíneo:

Se elige el grupo sanguíneo y el RH correspondiente, según información del paciente.

Información en la tabla:



- **Eliminar antecedente** : Permite eliminar los antecedentes confirmados en el folio actual
- **Grupo de antecedentes:** Muestra en que grupo se realizó el diligenciamiento.
- **Subgrupo de antecedentes:** Indica en cual subgrupo se procedió a ingresar la información suministrada por el paciente.
- **Observaciones:** Se visualiza las observaciones registradas en el subgrupo de antecedentes.
- **Calificación:** Dependiendo si el antecedente refiere al paciente o no se visualiza la calificación que el médico tratante suministre

Antecedentes Ginecobstétricos:

A estos antecedentes solo se puede acceder en caso de que el paciente sea una mujer ya que se almacenan datos ginecobstétricos. Se deben diligenciar los criterios según correspondan:

- **Menarquia (años):** Día en el cual se produce el primer sangrado vaginal producto de la menstruación.
- **Fecha de última regla:** Último día de menstruación de la paciente.
- **Tipo:**
 - **Regular:** Ciclo de la menstruación de igual periodicidad a todos los meses.
 - **Irregular:** Ciclo de la menstruación con variabilidad en la periodicidad a todos los meses.

- **Regla cada:** Dependiendo del tipo de periodicidad de la menstruación se estipula el tiempo que transcurre entre un periodo y otro.
- **Duración:** Tiempo en días en el que transcurre y finaliza el ciclo menstrual.
- **Fecha ultima Citología:** Fecha del último Examen realizado, verificable.
- **Resultado Citología:** Se digital el código de identificación del resultado parametrizado para Citología, o se da click en la flecha para generar ventana con lista de selección.
- **Fecha Ultima Biopsia:** Fecha del último Examen realizado, soportado por los resultados de laboratorio.

- **Resultado Biopsia:** Se digital el código de identificación del resultado parametrizado para Biopsia, o se da click en la flecha para generar ventana con lista de selección

- **Fecha Ultima Mamografía:** Fecha del último Examen realizado. Verificable.

- **Resultados Mamografía:** Se digital el código de identificación del resultado parametrizado para Biopsia, o se da click en la flecha para generar ventana con lista de selección.

- **Fecha Ultima Colposcopia:** Fecha del último Examen realizado. Verificable.

- **Resultados colposcopia:** Se digital el código de identificación del resultado parametrizado para Biopsia, o se da click en la flecha para generar ventana con lista de selección.

- **Partos:** Número de partos durante la edad gestacional hasta la fecha. Se digital el número correspondiente.

Figura 24

- **Cesáreas:** Dentro del número de partos cuantos corresponden a cesárea.
- **Abortos:** Número de Abortos.

- **Molas:** Número de Embarazos molares; es el resultado de una fecundación anormal del óvulo que produce un crecimiento deforme de la placenta
- **Ectópicos:** Número de Embarazos fuera de la matriz.
- **Hijos Nacidos Vivos:** Según información del número de partos, número de hijos nacidos vivos.
- **Hijos Nacidos Muertos:** Según información del número de partos, número de hijos nacidos muertos.
- **Hijos Viven:** Hijos vivos hasta la fecha.
- **Hijos Mueren Primera semana:** Información número de hijos muertos en la primera semana de nacidos.
- **Hijos Mueren Después de la Primera Semana:** Información número de hijos muertos en el transcurso de los ocho días siguientes al nacimiento.
- **Cantidad Total Gestaciones Previas:** Numero de gestaciones presentadas previamente a la actual.
- **Abortos Espontáneos Consecutivos:** Abortos involuntarios hasta la fecha, se da click en el campo con opción de selección.
- **Antecedentes gemelares:** Herencia familiar gemelares, se da click en el campo con opción de selección.
- **Ultimo embarazo planeado:** Planeación del embarazo con consentimiento de ambas partes, se da click en el campo con opción de selección.
- **Fecha de Ultimo parto:** Fecha del último parto
- **Peso Ultimo Parto:** Peso del neonato registrado.
- **Método de Fracaso:** Método de planificación de fracaso, se digital el código de identificación del método o se da click en la flecha, para generar ventana con lista de selección.
- **Planifica:** Paciente planifica, se da click en el campo con opción de selección
- **Método:** Se digital el código de identificación del método de planificación o se da click en la flecha, para generar ventana con lista de selección.
- **Desde:** Fecha de inicio de la planificación.
- **Numero de Acompañantes Sexuales:** Se digita el número de acompañantes sexuales.
- **Realiza auto-examen de Seno:** Se da click en la campo con lista de selección.
- **Observaciones:** Descripción según lo encontrado el paciente al momento de realizar el auto-examen de seno.
- **Cada Cuanto (Días):** Frecuencia con la que realiza el auto-examen, dado en días.
- **Flujo:** Si la paciente presenta o no flujo vaginal, se da click en el campo con opción de selección.

- **Observaciones Flujo:** Descripción del flujo vaginal según el ciclo que atraviesa.
- **Embarazada – No Embarazada:** Se activa el flag según información diligenciada.
- **E.G. (En semanas):** Al dar click en el flag Embarazada, el sistema calcula el Estado de Gestación en semanas.
- **Fecha Probable de Parto:** Al dar click en el flag Embarazada, el sistema calcula la fecha probable de parto.

Se confirma la información dando click en



Escala de Riesgo Biopsicosocial:

Escala Biopsicosocial

Se debe tener en cuenta, que este botón se activará únicamente al momento de registrar en la historia clínica, que la paciente se encuentra en embarazo y haber guardado la información y los antecedentes de ginecobstetricia.

Es un componente característico emocional y sintomático que evalúa niveles de estrés y ansiedad que puede presentar la gestante.

Figura 25

Escala Biopsicosocial

Primer Trimestre (Yellow) Segundo Trimestre (Green) Tercer Trimestre (Red)

Riesgo psicosocial prenatal

Semana 1 - 13: Bajo < 3 (0), Alto > 3 (TOTAL)

Semana 14 - 28: Bajo < 3 (0), Alto > 3 (TOTAL)

Semana 29 - 40: Bajo < 3 (0), Alto > 3 (TOTAL)

I - Historia reproductiva

Edad: < 16 (0), 16 - 35 (1 - 4), > 35 (> 5)

Paridad: 0, 1 - 4, > 5

Abortadora habitual / Infertilidad, Retención Placentaria, Recién nacido > 4000 gr, Recién nacido < 2500 gr, HTA Inducida por embarazo, Emb. Gemelar / Cesarea previa, Mortinato / Muerte neonatal, T.P. Prolongado / parto difícil

II - Condiciones asociadas

Qx Ginecología previa / Ectópico, Enfermedad renal crónica, Diabetes gestacional, Diabetes mellitus, Enfermedad cardíaca, Enfermedad infecciosa aguda (Bacteriana), Enfermedad autoinmune, Anemia (Hb < 10 g/L)

Subtotal: 1-13 (0), 14-28 (0), 29-40 (0)

III - Embarazo actual

Hemorragia < 20 sem, Vaginal > 20 sem, Embarazo prolongado (41 sem), HTA, RPM, Polihidramnios, RCIU, Embarazo múltiple, Mala Presentación, IsoInmunización Rh

Subtotal: 14-27 (0), 28-32 (0), 33-42 (0)

Riesgo Psicosocial Prenatal: Se presentan los indicadores por colores, para el Primer, Segundo y Tercer trimestre del embarazo

Enseguida se observan los indicadores para mostrar los resultados totales cuando se calcula toda la matriz de Riesgo biopsicosocial, por cada Trimestre

El sistema traerá algunos datos de acuerdo a la información registrada por el profesional médico en la historia clínica, pero también se puede seleccionar otros ítems

Figura 26

Historia Reproductiva:

Edad: (vertical) seleccionar el rango de edad donde se encuentra

Paridad: (vertical) seleccionar el número de embarazos que ha desarrollado

Otras condiciones que pueden influir en la calificación de la Historia Reproductiva

Condiciones Asociadas:

En esta sección por cada signo o síntoma que puede tener influencia en el embarazo, se verán 3 columnas, cada una indica un trimestre del embarazo pero sólo estarán activos el anterior trimestre (si no se ha realizado el registro) y el trimestre actual en que se encuentra la paciente. Se indicar si se ha presentado la característica



Embarazo Actual:

Las condiciones presentadas son directamente relacionadas con el embarazo actual. Se verán 3 columnas indicadoras del trimestre, y se debe indicar si se ha presentado la característica

Riesgo psicosocial

TENSIÓN EMOCIONAL			HUMOR DEPRESIVO!			SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS					
Llanto fácil	Intenso ▼	Ausente ▼	---	Insomnio	Intenso ▼	Ausente ▼	---	Transpiración manos	Ausente ▼	Ausente ▼	---
Tensión Muscular	Ausente ▼	Ausente ▼	---	Falta de interés	Ausente ▼	Ausente ▼	---	Boca seca	Ausente ▼	Ausente ▼	---
Sobresalto	Ausente ▼	Ausente ▼	---	No disfruta pasatiempo	Ausente ▼	Ausente ▼	---	Accesos de rubor	Intenso ▼	Ausente ▼	---
Temblores	Ausente ▼	Ausente ▼	---	Depresión	Ausente ▼	Intenso ▼	---	Palidez	Ausente ▼	Intenso ▼	---
No poder quedarse quieta	Ausente ▼	Intenso ▼	---	Malgenio	Intenso ▼	Ausente ▼	---	Cefaléa de tensión	Intenso ▼	Ausente ▼	---

Calificación

2 o más ítems
Intensos = 1

0 0 0

SOPORTE			
El tiempo	Casi siempre ▼	Casi siempre ▼	---
El espacio	Casi siempre ▼	A veces ▼	---
El dinero	Casi siempre ▼	A veces ▼	---

2 o más ítems
Con Nunca = 1

0 0 0

Figura 27

Se debe diligenciar en el desplegable escogiendo la opción adecuada a la realidad de la paciente:

Luego de ingresar toda la información o evaluación que se le realiza a la gestante se debe darle clic en el botón calcular resultados

En cada subtotal se verán los resultados según el registro realizado por el personal clínico.

1. Total por trimestre del Riesgo Biopsicosocial de la gestante, tomado de las cuatro secciones que se compone (Historia Reproductiva- Condiciones asociadas, Embarazo actual, Riesgo psicosocial y Soporte Familiar).
2. Subtotales o calificaciones por cada sección de acuerdo a los ítems marcados.
3. Total por la secciones de Riesgo psicosocial, tomando en cuenta las 3 secciones que lo componen (Tensión Emocional Humor depresivo, Síntomas Neurovegetativos)
4. Resultado de Soporte Familiar, tomando en cuenta los ítems que los componen (de acuerdo a parametrización)

Los botones que se encuentran al final de la escala Biopsicosocial son para Confirmar, Imprimir y Regresar a la anterior

Riesgo Psicosocial: Se presentan las siguientes secciones:

- Tensión emocional
- Humor Depresivo
- Síntomas Neurovegetativos

Cada Síntoma con 3 columnas que representan los tres Trimestres de embarazo. Para evaluar se debe desplegar cada ítem (estos son parametrizables por la institución), el cual se puede visualizar dos opciones (AUSENTE-INTENSO)

En Soporte Familiar, también con 3 columnas para los tres trimestres.

SOPORTE

El tiempo	Casi siempre ▼	---	---
El espacio	Casi siempre	---	---
El dinero	A veces	---	---
	Nunca	---	---
	---	---	---

Historia clínica

N. Historia 52066542 Doc. CC Nombre **ADRIANA GARCIA** Sexo **Femenino** Edad **35 Años** Peso **80,00** Cama Folio **27** Ctvo Ingreso **13**
 Ultimo DX. Entidad **CRUZ BLANCA EPS AGRUPADA**

Subjetivo **Objetivo** Análisis y Plan Ordenes Medicas Formulación Evolución Formatos Partograma Salida

Signos Vitales Examen Físico Gestación Actual Resultados

Hora 15:29:20

Signos Básicos

Estado De Conciencia Sin selección Normal Alerta Somnoliento Estuporoso Comatoso

Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto) Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto) Pulso (Pulsaciones/Minuto)

Temperatura (Grados Centígrados) Via de toma de la Temperatura Saturación de Oxígeno (%)

Presión arterial
 Sistólica (mmHg) Diastólica (mmHg) Media

+ Medidas Antropométricas
 + Escalas (Scores)
 + Otros

Figura 28

Se pueden considerar en Signos Vitales:

- Signos Básicos
- Medidas Antropométricas
- Escalas (Scores)
- Otros (Presión intracraneal, arterial-pulmonar, reacciones en la pupila)



- Imprimir
- Graficar
- Graficar

OBJETIVO

En OBJETIVO se registran los hallazgos que el profesional encuentra en la valoración. Está compuesto por:

- Signos Vitales
- Examen Físico
- Resultados

Como opcional: Gestación Actual, que se activa por el estado de embarazo y Estadios Tanner (10-29 años)

Signos Vitales

Son las medidas de varias características fisiológicas humanas Esenciales, para valorar el estado de salud que dicta la importancia de la emergencia

Signos Básicos:

Signos Básicos

Estado De Conciencia Sin selección Normal Alerta Somnoliento Estuporoso Comatoso

Frecuencia Cardíaca (Pulsaciones/Minuto) Frecuencia Respiratoria (Respiraciones/Minuto) Pulso (Pulsaciones/Minuto)

Temperatura (Grados Centígrados) Via de toma de la Temperatura Saturación de Oxígeno (%)

Presión arterial
 Sistólica (mmHg) Diastólica (mmHg) Media

- **Estado de Conciencia:** graduación, o nivel de la capacidad de respuesta del individuo a sus propios estímulos y a los del medio que le rodea
- **Frecuencia Cardíaca:** Número de contracciones del corazón por unidad de tiempo (minuto)

- **Frecuencia Respiratoria:** Número de respiraciones que efectúa un ser vivo en un minuto
- **Pulso:** El ritmo cardíaco, o pulso, es el incremento temporal de la presión en las arterias. Este aumento se produce como consecuencia del bombeo del corazón, perceptible cuando se presiona cualquier arteria con los dedos. En las personas con un corazón saludable, el ritmo o pulso cardíaco puede utilizarse para medir la frecuencia cardíaca.
- **Temperatura:** Medida relativa de calor o frío en el cuerpo, en Numero de grados centígrados, se puede determinar en estas zonas: axilar, oral, o tica y rectal
- **Saturación de Oxígeno:** Medida de la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos, se realiza con un aparato llamado pulsioxímetro o saturómetro
- **Presión Arterial:** Medida de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, por lo general en unidades de mmHg. El sistema realiza el cálculo de la presión arterial media en el momento en que se digitan los valores de presión arterial sistólica y diastólica

Medidas Antropométricas:

+ Signos Básicos			
- Medidas Antropométricas			
Peso (Kg)	<input type="text" value="80,00"/>	Talla (cm)	<input type="text" value="170,00"/>
Indice de Masa Corporal (I. M. C.)		27,68	

En el caso de paciente pediátrico aparece también el espacio para el registro de perímetro cefálico y perímetro abdominal.

Al Diligenciar el campo de peso (Kg) y talla (Cm), el sistema realizara el cálculo del índice de masa corporal.

- **Peso:** Se utiliza como referencia para establecer el estado nutricional de una persona, siempre y cuando se relacione con otros parámetros como: sexo, edad, talla y contextura física.
- **Talla:** Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.
- **Índice de masa corporal:** Pretende conocer si la relación peso–talla de una persona es adecuada o se ha desviado hacia valores que pueden indicarnos posibles patologías.
- **Perímetro cefálico:** Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño.
- **Perímetro abdominal:** La circunferencia abdominal es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, por lo general a nivel del ombligo.

- Medidas Antropométricas			
Peso (Kg)	<input type="text" value="11,00"/>	Talla (Cm)	<input type="text" value="76,00"/>
Indice de Masa Corporal (I. M. C.)		19,04	
Perimetro cefalico (Cm)	<input type="text" value="47,30"/>	Perimetro abdominal (Cm)	<input type="text" value="38,00"/>



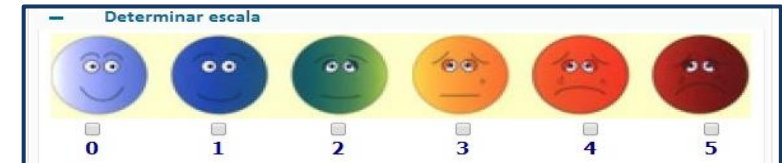
Figura 29

Escalas (SCORES):

Clasificación o medida de la cantidad de dolor que siente el paciente, bajo su concepto y también empleando cuestionarios especiales para detectar su nivel de afectación.

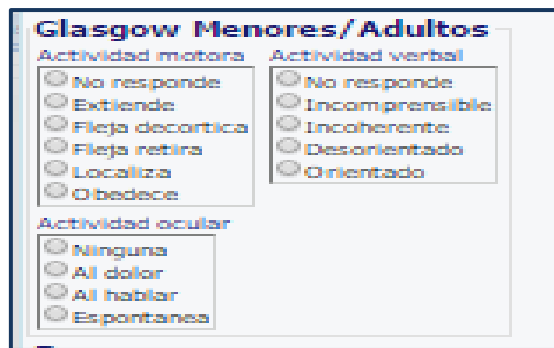
- **Escala de Dolor:** Medida de la cantidad de dolor, el sistema despliega la gráfica que define los rangos.

En el caso de niños, pediatría el sistema muestra la ventana con caras de expresión:



- **Indicadores de Pronóstico:** Métodos de observación mediante los cuales se puede inferir el estado de dolor o padecimiento de un paciente, en especial cuando éste no se puede comunicar fácilmente, (Unidad de Cuidados Intensivos)

Al dar click en el Botón “Indicadores de Pronóstico” aparece una ventana vertical que contiene varias Escalas para diligenciar:



- **ESCALA DE GLASGOW:** También conocida como escala de coma, es una escala diseñada para evaluar de manera práctica el nivel de consciencia en los seres humanos:

Se debe seleccionar el estado en el que se encuentre el paciente y confirmar la información.

En cada opción sólo se puede seleccionar un ítem; al marcar una las demás se inactivan. Y de acuerdo a la selección se generará el valor del Glasgow, cuando al final de la lista de Indicadores de Pronóstico se de en el botón **Confirmar**

Ramsay
Despierto - Dormido

- Ansioso y/o agitado.
- Colaborador, tranquilo y orientado. Apertura espontánea de ojos.
- Somnoliento. Responde a estímulos verbales.
- Quieto, ojos cerrados. Rápida respuesta a ligero golpecito glabelar o estímulos verbales fuertes.
- Respuesta lenta. Solo responde a estímulos importantes.
- No responde.

ESCALA DE RAMSAY: Es una escala que evalúa, valora y clasifica el nivel de sedación en un paciente, para monitorear pacientes y evitar la insuficiencia de la sedación (el paciente puede sentir dolor) o su exceso (poniéndolo en riesgo de muerte). De acuerdo a los elegidos, genera una calificación numérica

Richmond Rass
Escala RASS Sedación - Agitación

- Combativo: violento, representa un riesgo inmediato para el personal
- Muy agitado: agresivo, se intenta arrancar tubos y catéteres
- Agitado: se mueve de manera desordenada, lucha con el respirador
- Inquieto: ansioso, sin movimientos desordenados, agresivos ni violentos
- Despierto y tranquilo
- Somnolencia: no completamente alerta, se mantiene despierto más de 10 seg.
- Sedación ligera: despierta a la voz y mantiene contacto visual menos de 10 seg.
- Sedación moderada: movimientos o apertura ocular a la voz, no dirige la mirada
- Sedación profunda: se mueve o abre los ojos a la estimulación física, no a la voz
- No despertable: no responde a la voz ni a la estimulación física

- **ESCALA DE RICHMOND RASS:** (Richmond Agitation Sedation Scale). Escala utilizada para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o que está bajo agitación psicomotora, utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente. De acuerdo a los seleccionados, genera una calificación numérica

Riesgo cardiovascular

Edad 35 T. A. Sistólica 120

Colesterol mg/dl 2,000 HDL mg/dl 0,001

Fumador? SI Diabetes? No Con tratamiento? No

Observación Total de puntos: 9. % Riesgo a 10 Años es <1. Resultado: Riesgo Medio

- **RIESGO CARDIOVASCULAR:** Escala que determina la probabilidad de una persona de presentar una enfermedad cardiovascular ó coronaria. En este espacio el sistema trae por defecto la edad del paciente y la tensión arterial sistólica registrada en el folio actual. La información faltante puede ser digitada teniendo en cuenta los resultados de laboratorio de colesterol, HDL, si el paciente es fumador, si sufre de diabetes y si recibe tratamiento.

Registro estadio de enfermedad renal crónica

Tasa de filtración glomerular = $((140 - 35) \times 0,00 \text{ (Kg)}) / ((0,000 \text{ (mg/dl)}) \times 72)$

Ctvo.	Descripción Estadio Enf. Renal	Tasa desde	Tasa hasta
1	Daño renal ↑ con FG normal	90	999
2	Daño renal ↑ con FG ligeramente disminuido	60	89
3	FG moderadamente disminuido	30	59
4	FG gravemente disminuido	15	29
5	Fallo renal	1	14

Estadio calculado

Confirmar Cancelar

- **REGISTRO ESTADIO DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA:** Escala que permite conocer el compromiso de la filtración glomerular en la insuficiencia renal. Para realizar este cálculo se necesita tener registrado el valor de la creatinina, y el peso del paciente.

Nota: Los parámetros para riesgo cardiovascular y el registro de enfermedad renal crónica deben ser parametrizados

Figura 30

La Tasa de filtración glomerular TFG: Es un examen utilizado para verificar la funcionalidad de los riñones, Por último se da click en “Confirmar” para generar los resultados de todos los Indicadores de Pronóstico

Indicadores de pronóstico

Glasgow Richmond Rass Ramsay

Riesgo cardiovascular Riesgo Medio Estadio renal TFG **Indicadores de pronóstico**

- **ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO:** Escala que permite hacer el seguimiento al desarrollo de los niños y niñas menores de 6 años para observar en qué áreas llevan un buen desempeño y detectar en qué áreas les falta avance. Tiene cinco componentes: Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Audición y Lenguaje, Desarrollo personal y Social. En Hosvital se accede mediante un botón que aparece bajo el título de Indicadores de Pronóstico

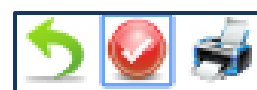
Formulario Escala Abreviada del Desarrollo

Tipo Reg.	Item	Descripción Registro	Edad Min.	Edad Max.	Valor
A	1	Revisa visivamente	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
A	2	Levanta la cabeza en prona	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
A	3	Levanta la cabeza y pecho en prona	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
A	4	Sostiene la cabeza al levantarlo de brazos	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
A	5	Control de cabeza sentado	4	6	<input checked="" type="checkbox"/>
A	6	Se voltea de un lado a otro	4	6	<input type="checkbox"/>
A	7	Intenta sentarse solo	4	6	<input checked="" type="checkbox"/>
B	8	Sigue movimiento horizontal y vertical del objeto	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>
B	1	Abre y mira sus manos	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>
B	2	Sostiene un objeto en las manos	1	3	<input checked="" type="checkbox"/>

Total A: 6 Total B: 5 Total C: 5 Total D: 6 Total: 22

MEDIO MEDIO MEDIO MEDIO MEDIO




Se califica indicando por el cuadro de chequeo, si la actitud aplica o no aplica en el niño. Al finalizar todas las preguntas y dar click en Confirmar, el sistema calcula total A, B, C, D (componentes)



- Atrás
- Confirmar
- Imprimir Escala

Figura 31

- ESCALA DIFICULTAD RESPIRATORIA – SILVERMAN ANDERSON: Escala que permite conocer en neonatología, mediante un examen la valoración La Dificultad Respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios: Movimientos toracoabdominales, tiraje intercostal, retracción xifoidea (esternal), aleteo nasal y quejido respiratorio. Solo aparece para niños Recién Nacidos

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada

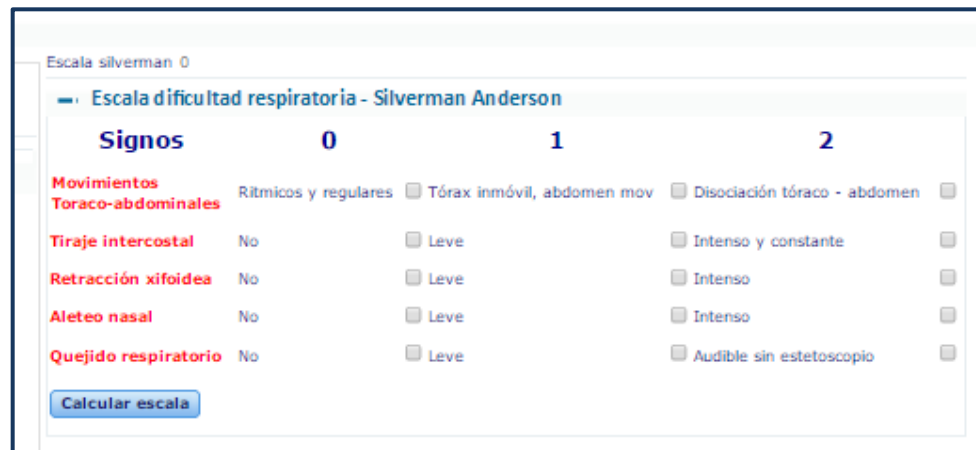


Figura 32

- ESCALA GLEASON: Sistema que se emplea para medir el grado de agresividad de un **Cáncer de Próstata**, basándose en la biopsia del órgano.

Se debe parametrizar la especialidad para que aparezcan los componentes (escala de Gleason, clasificación TNM y FIGO), en la siguiente ruta: Mantenimiento del sistema/ archivo/ logístico/ personal clínico/ anexar la especialidades (tener en cuenta que solo serán especialidades de oncología y gineco oncología). Dar MODIFICAR y dentro de la pantalla de la especialidad dar click al check: “Aplica Oncología”



Así, al crear un Folio Nuevo con la Especialidad parametrizada aparecerán estas opciones en la HCWeb

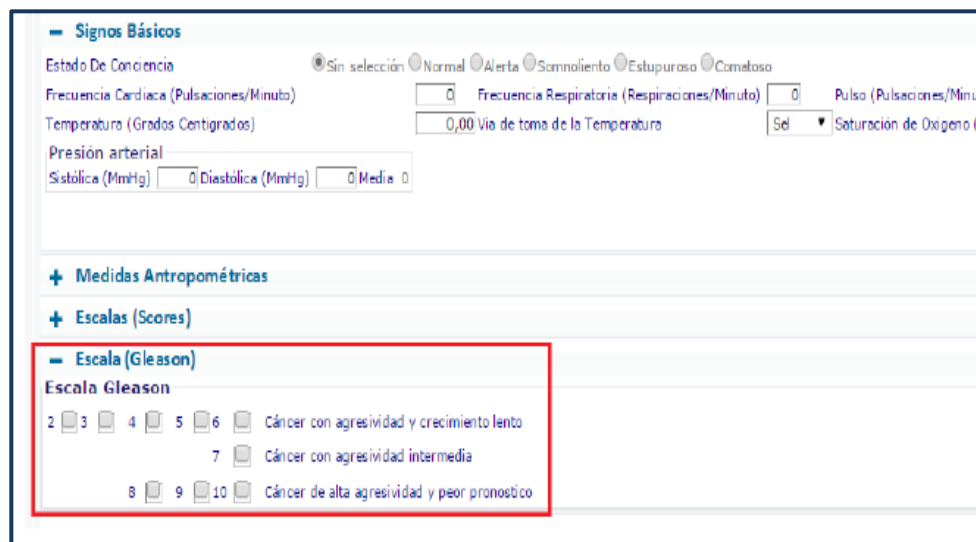


Figura 33

OTROS:

En esta pestaña se pueden registrar signos que permiten conocer en forma más exacta *el estado hemodinámico*, que se relaciona con las condiciones mecánicas de la circulación de la sangre: presión, volumen, velocidad, vaso motricidad, resistencia vascular, etc., es el estudio de las leyes que regulan la circulación y el volumen de la sangre en los vasos. Variables:

- **Presión intracraneal:** Hace referencia a la presión en el interior del cráneo.
- **Presión de perfusión cerebral:** Es el gradiente de presión que causa el flujo de sangre al cerebro, La fuerza conductora del mantenimiento del Flujo Sanguíneo Cerebral es la presión de perfusión cerebral (PPC)
- **Presión intra abdominal:** es la presión en estado pasivo de la cavidad abdominal.
- **Reacción a la luz:** Al iluminar un ojo con una fuente de luz, en condiciones normales, se observará la contracción de la pupila del mismo.
- **Tamaño pupilar:** Se valora a través de la inspección de la pupila. Se deben valorar las pupilas de ambos ojos, observando la forma, la posición y el tamaño.
- **Modo ventilatorio:** Hace referencia a que el paciente controle su respiración o requiera ventilación mecánica.
- **Glucometría:** Es la medición de los niveles de glucosa en sangre.
- **Presión venosa central:** Describe la presión de la sangre en la vena cava superior, La PVC refleja la cantidad de sangre que regresa al corazón y la capacidad del corazón para bombear la sangre hacia el sistema arterial.
- **Estado de hidratación:** Permite conocer si el paciente se encuentra hidratado o presenta algún grado de deshidratación.
- **Presión arterial pulmonar:** Hace referencia a la presión que ejerce la eyección de sangre en las arterias pulmonares.

Por último se da click en el Botón de Confirmar



Otros

Presión intracraneal (mmHg) <input type="text" value="0"/>	Presión de perfusión cerebral (mmHg) <input type="text" value="0"/>	Presión intra abdominal (mmHg) <input type="text" value="0"/>
Tamaño Pupilar ojo Derecho (mm) <input type="text" value="0"/>	Tamaño Pupilar ojo Izquierdo (mm) <input type="text" value="0"/>	Modo Ventilatorio <input type="text" value="Controlado"/>
Glucometría (mg/dl) <input type="text" value="0"/>	Presión venosa central (mm/Hg) <input type="text" value="0"/>	Estado hidratación <input type="text" value="Hidratado"/>
Reacción a la luz		
Ojo Derecho <input type="text" value=""/>	Presión Arterial Pulmonar	
Ojo Izquierdo <input type="text" value=""/>	Sistólica (mmHg) <input type="text" value="0"/>	Diastólica (mmHg) <input type="text" value="0"/> Media <input type="text" value="0"/>

Figura 34

AL TERMINAR DE DILIGENCIAR TODOS LOS COMPONENTES DE SIGNOS VITALES, APARECE AL FINAL DE LA PAGINA UNA TABLA O GRILLA CON EL RESUMEN DE LOS SIGNOS Y EL HISTÓRICO DE LOS FOLIOS EN EL PACIENTE

-Otras Mediciones Especiales: RECIEN NACIDO: El sistema Activa algunas mediciones adicionales de Signos Vitales cuando se trata de Recién Nacidos:

Datos Recien Nacido

Orden de nacimiento: 2 Fecha hora de nacimiento: 08/01/2016 00:00 Nombre Completo: JUAN NICOLAS PINILLA Sexo: Masculino

Semanas Gestación: 39

Peso: 2800 (gr) Talla: 50 Estado recién nacido: Sano Numero de registro nacido vivo: 1114448888

Perímetro Cefálico: 0 Perímetro Torácico: 0 Ligadura Cordon: Si Tamaño Fetal Acorde: Si

Defecto Congénito: No Defecto congénito Mayor?: No Profilaxis Ocular?: Si Inducido/Operación: (Ninguno)

Tipificación Recien Nacido: Lactancia Precoz?: Si Vitamina K?: No

Diagnóstico Recien Nacido: Dx Relacionado 1 Recien Nacido: Dx Relacionado 2 Recien Nacido:

Exámenes Recien Nacido

VDRL: Selecciona TSH: Selecciona Hbpatia: Selecciona Reanimación con Estimulación: No Reanimación con Máscara: No Reanimación con Masaje: No

Bilirubina: Selecciona Toxo IgM: Selecciona Reanimación con Aspiración: No Reanimación con Oxígeno: Si Reanimación con Tubo: Si

Muerte Recien Nacido

Fecha Muerte: Momento de Muerte: Selecciona Fallece en Sala de Parto?: Causa Muerte:

Figura 35

- **Datos Recién Nacido:** Hace referencia a los datos como el sexo, la talla, el peso, si tiene defectos congénitos, medida de su perímetro cefálico y torácico, si el nacimiento fue por cesárea (inducido), si presenta algún diagnóstico según la revisión.
- **Exámenes Recién Nacido:** Análisis de laboratorio como la prueba para detección de sífilis (VDRL), para la hormona estimulante tiroides, hemoglobina, bilirrubina, detección de la Toxoplasmosis
- **Complicaciones Recién Nacido:** Validación o chequeo acerca de si se presentaron episodios de reanimación
- **Muerte Recién Nacido:** Dado el caso se debe registrar la fecha, momento de la muerte (ante parto, parto) y causa

Apgar Recien Nacido		0	1	2	1 Min	5 Min	10 Min	15 Min
Frecuencia Cardíaca	No Hay	Menos de 100	100 o Mas		2	2	2	2
Esfuerzo Respiratorio	No Hay, No respira	Llanto Debil, Respira Mal	Llanto Vigoroso		1	2	2	2
Tono Muscular	Flacidez	Flexion Parcial De Extremidades	Movimientos Activos, Buena Flexion		2	2	2	2
Irritabilidad O Respuesta a La Estimulación	No Reacciona	Mueca, Succión, Algún Movimiento Por Estímulo	Tos o Estomudo, Llanto, Reacciona Defendiendose		1	2	2	2
Color de La Piel	Cianosis o Palidez	Pies o Manos Cianoticas	Completamente Rosado		1	2	2	2

Otras Valoraciones Recien Nacido

Succión? No. De Lactadas: 3 Tamizaje ROP Tolerancia? Deposition?

Orina? Profilaxis Oftalmica? Profilaxis Enf. Hemorragica? Tamizaje Hipotiroidal

Figura 36

Apgar Recién Nacido: Examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé, para saber qué tan bien toleró el bebe el proceso del nacimiento. Se observa y califica su comportamiento en los 10 – 15 primeros minutos de nacido

Otras Valoraciones Recién Nacido: Mediante los cuadros de chequeo, se marcan los cuadros de los signos o exámenes que se realizaron

Por último se da click en Confirmar y se puede imprimir por el Icono de la impresora

Fecha Hora	N° Historia clínica	Folio	Pr. Sist.	Pr. Diast.	Pre. Med.	Temp.	Via Tem.	Pulsó	FC	FR	Peso	Glasgow	Sat. Or	Via	Valor	E. Neu	Tal	Est. Hid.	Ind. Ma
21/07/2016 00:00:00	12345	2	45	40	41	44,00	3	22	35	35	34,00	5	22	0	Alerta	22,00	Hidratado	702,0	
19/07/2016 16:43:54	12345	1	65	64	64	39,00	2	80	85	65	0,00	15	65	0	Normal	180,00	Hidratado	0,0	
19/07/2016 16:39:58	12345	1	100	80	86	37,00	1	32	80	20	60,00	0	90	0	Normal	30,00	Hidratado	666,0	

Aquí se tiene la opción de imprimir las gráficas relacionadas Por los botones columna izquierda en la **Grilla de Resultados**

Figura 37

Examen Físico

Parte	Observaciones
Cabeza	
Cuello	
Torax	
Abdomen	
Extremidades superiores	
Extremidades inferiores	

En este ítem se encuentran los campos con las diferentes partes del cuerpo que deben ser parametrizadas asociadas a cada especialidad, para que el médico registre la valoración realizada al paciente.

Se diligencia y confirma la información

Figura 38

Estadios de Tanner

Subjetivo	Objetivo	Análisis y Plan	Ordenes Medicas	Formulación	Evolución	Formatos	Salida
Signos Vitales	Examen Físico	Estadios de Tanner	Resultados				
Desarrollo Genital		Desarrollo del Vello Pubiano		Estadio Tanner			
Fecha Hora	Folio	Desarrollo Vello Pubiano	Desarrollo Genital				

Aplica para pacientes que se encuentren entre 10 y 29 años.

En este ítem debe seleccionar el estadio en el cual se encuentra el paciente

Cada género femenino/masculino tiene su formulario para diligenciamiento

Figura 39

PARAMETROS MASCULINOS:

Estadio Tanner

DESARROLLO GENITAL

Estadio 1 (G1)
 Pene, escroto y testículos infantiles; es decir, de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia.

Estadio 2 (G2)
 Agrandamiento de escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante.

Estadio 3 (G3)
 Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal.

Estadio 4 (G4)
 Aumento de tamaño de pene con crecimiento de diámetro y desarrollo del glande. Continuación de agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.

Estadio 5 (G5)
 Genitales de tipo y tamaño adulto.

DESARROLLO DEL VELLO PUBIANO

Estadio 1 (P1)
 Ligera velloidad infantil.

Estadio 2 (P2)
 Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraiado al pene (dificultad para apreciar en la figura.)

Estadio 3 (P3)
 Vello rizado, aún escasamente desarrollado, pero oscuro, claramente pigmentado, arraiado al pene.

Estadio 4 (P4)
 Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).

Estadio 5 (P5)
 Desarrollo de la velloidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado ferretero, (el vello crece también en la cara interna de los muslos). En el 50% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba (estadio 6).

Figura 40

PARAMETROS FEMENINOS:

DESARROLLO MAMARIO

Estadio 1 (S1)
 Mamas infantiles. Solo el pezón está ligeramente sobresalido.

Estadio 2 (S2)
 Brote mamario. Las areolas y pezones sobresalen como un cono. Esto indica la existencia de tejido glandular subyacente. Aumento del diámetro de la areola.

Estadio 3 (S3)
 Continuación del crecimiento con elevación de mama y areola en un mismo plano.

Estadio 4 (S4)
 La areola y el pezón pueden distinguirse como una segunda elevación, por encima del contorno de la mama.

Estadio 5 (S5)
 Desarrollo mamario total. La areola se encuentra a nivel de la piel, y sólo sobresale el pezón (Nota: en algunos casos, la mujer adulta puede mantenerse en estadio 4).

Figura 41



Figura 42

Se diligencia solamente una opción por cada desarrollo y se Confirma la Información, entonces aparece el resumen de la información:

Fecha y Hora del ingreso de la info, No de folio y la calificación de los estadios Tanner

Fecha Hora	Folio	Desarrollo Vello Pubiano	Desarrollo Genital
28/07/2016 20:17:59	4	P4	G4

Gestación Actual

Esta valoración objetiva aplica únicamente para las mujeres en periodo de embarazo; se tiene: información General Gestación Actual y Procedimientos:

General Gestación Actual:

Datos Generales de Gestación: Se consignarán los factores relevantes para calificar y pronosticar eventos en el embarazo, tanto de la madre como del feto; entre estos se encuentran la frecuencia cardiaca fetal, la edad gestacional, si existen movimientos fetales, el tipo de sangre, si se ha presentado sangrado.

Detalles Gestación:

Se evalúan los hábitos que la madre presento durante los tres trimestres del embarazo y en su pasado respecto a tabaquismo, alcoholismo, etc; también una lista de chequeo de otros detalles como si se ha realizado tratamiento odontológico, de mamas.

Datos Generales de Gestación:

Se debe diligenciar la información:

Datos Generales Gestación

Consecutivo de Gestación 3 Fecha de Registro de Gestación 27/07/2016 Primera Fecha Probable de Parto / / FUM? ECO? Edad Gestacional 34,0 (Sem)

Fecha de Ultima Menstruación FUM / / Fecha Ecografía 27/05/2016 Edad Gestacional Ecografía 25,0 Confiable? Peso 0 (Kg) Talla 0 (Cms)

Movimientos Fetales Sangre Fecha de Próxima Cita / / Presenta sangrado? Tensión Arterial (S/D) 0/0

Frecuencia Cardíaca Fetal 0 Inmunizaciones? Fecha Probable de Parto / / Altura Uterina 0(Cms) Presentación Ninguno

Signos de Alarma

Figura 43

- **Consecutivo de Gestación:** el sistema trae la información registrada en el motivo de consulta

- **Fecha de registro de gestación:** el sistema muestra la fecha en que se registró el consecutivo
- **Primera fecha probable de parto:** el sistema debe traer la información registrada previamente
- **FUM?:** Si la paciente fuma o ha fumado
- **ECO?:** Confirmar que la paciente se ha tomado una ecografía (información puede traerla de motivo consulta)
- **Edad Gestacional:** calcula según los datos suministrados el número de semanas de embarazo
- **Fecha Ultima menstruación:** el sistema la muestra tomándola de los antecedentes en subjetivo
- **Fecha Ecografía:** el sistema trae la información registrada en el motivo de consulta
- **Edad Gestacional Ecografía:** muestra la edad gestacional en semanas del feto, como resultado de la ecografía
- **Confiable?:** Verifica si el resultado de la ecografía es coherente
- **Peso:** Registra el peso del feto
- **Talla:** Registra la medida de la talla del feto
- **Movimientos Fetales:** Marcar cuadro de chequeo si se han registrado
- **Sangre:** Tipo de sangre del feto
- **Fecha Próxima cita:** Agendamiento para el control
- **Presenta sangrado?:** Marcar cuadro de chequeo si ha presentado sangrado
- **Tensión arterial:** (S/D). Registrar información y/o el sistema trae la información registrada en signos vitales
- **Frecuencia Cardíaca Fetal:** Registrar frecuencia cardíaca del feto según resultados ecografías u otros análisis
- **Inmunizaciones?:** Marcar cuadro de chequeo si se ha vacunado recientemente
- **Fecha probable de parto:** Registrar una fecha de parto acorde a lo observado en la consulta
- **Altura Uterina:** Según ubicación del feto, se registra la medida en cm

- **Presentación:** Seleccionar entre cefálica, cervical, pelviana o transversal, según ubicación del feto
- **Signos de alarma:** Registrar los factores particulares de signo de alarma que pueden representar peligro para el bebé o la madre

Detalles Gestación:

- **Hábitos:** Marcar cuadro de chequeo si se ha presentado la característica Tabaquismo, Alcoholismo, Violencia o Drogas en el 1er, 2do o 3er trimestre del embarazo o anteriormente.

Figura 44

- **Otros (observación):** Marcar cuadro de chequeo si se ha realizado la prueba, consulta o examen cuestionado. Completar información

Una vez se haya diligenciado toda la plantilla, debe dar click en el Icono:



Y aparecerá el resumen de la información en el registro de atenciones al final de la página, para continuar click en Confirmar



Registro de Atenciones

Folio	Ingreso	Fecha Atención	Edad Gest.	Peso	Talla	Tensión Art. Diast.	Tensión Art. Sist.	FCF	Altura Uterina	Sangre	Inmunizaciones	Presentación	Movimiento Fetal?	Cons. Lactancia	Ex. de
27	13	29/07/2016 11:06:56	34,0	1800	40	80	120	150	10	O-	<input checked="" type="checkbox"/>	Cefálica	Si Presenta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 45

Procedimientos

Procedimientos registrados en Historia Clínica

Antirubeola
 Previa
 No Sabe
 Embarazo
 No

Antitetánica
 Vigente Si/No
 1 Dosis
 2 Dosis

Cérvix
 Inspección Visual Normal Anormal No se Hizo
 PAP Normal Anormal No se Hizo
 COLP Normal Anormal No se Hizo

Toxoplasmosis
 < 20 Sem IgG - + No se Hizo
 > 20 Sem IgG - + No se Hizo
 1ª Consulta IgM - + No se Hizo

VIH
 < 20 sem Realizado? Solicitado?
 > 20 sem Realizado? Solicitado?

Hb
 Hb < 20 sem Resultado
 Hb >= 20 sem Resultado
 < 11g >= 11g

Fe/Folatos Indicados
 Fe S/N
 Folatos S/N

VDRL/RPR
 < 20 sem - + No real
 >= 20 sem - + No real

Sífilis FTA
 < 20 sem - + No real
 >= 20 sem - + No real

Proteinuria
 < 20 sem - + No real
 >= 20 sem - + No real

Chagas
 - + No se hizo

Paludismo
 - + No se hizo

Bacteriuria
 < 20 sem - + No se hizo
 >= 20 sem - + No se hizo

Glicemia en Ayunas
 < 20 sem Resultado
 >= 20 sem Resultado
 < 105 gr/dl >= 105 gr/dl

Test Sullivan
 - + No se hizo

Estreptococo B
 - + No se hizo

En esta lista de chequeo se marcan las casillas si la paciente ha realizado alguno de los procedimientos y cuando

Figura 46

- **ANTIRUBEOLA:** Se refiere a la aplicación de la vacuna para prevenir la Rubeola
- **ANTITETÁNICA:** Se refiere a la aplicación de la vacuna para prevenir el Tétanos
- **CERVIX:** El cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.
- **PAP:** Pap (examen de Papanicolaou) es un examen que se realiza para detectar el cáncer de cuello uterino y condiciones precancerosas del cuello uterino
- **COLP:** Colposcopia es una técnica utilizada para detectar y tratar lesiones pre cancerígenas y cancerosas en el cuello de la matriz, así como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, mediante un microscopio con amplia iluminación. Se utiliza cuando la PAP ha mostrado células anormales
- **TOXOPLASMOSIS:** enfermedad infecciosa ocasionada por el protozoo Toxoplasma gondii, ocasiona difíciles condiciones al feto en el embarazo y puede ser transmitida por las heces de los gatos
- **HB:** Medir la disminución de los valores de hemoglobina en la sangre, suele considerarse en anemia un valor menor a los 11g/dl
- **FE/ FOLATOS** Indicados: si se encuentra disminución de hemoglobina, es común que formulen suplementos de Hierro (Fe) o Folatos, ya que las necesidades de hierro en el embarazo aumentan de 1-2,5 mg/día al principio hasta 6,5 mg al final del embarazo
- **VDRL/RPR:** Venereal Disease Research Laboratory test/ Reagina Plasmática Rápida; prueba de detección para sífilis. Busca anticuerpos presentes en la sangre.
- **Sífilis FTA:** examen de sangre para detectar anticuerpos contra la bacteria Treponema pallidum que causa la sífilis

- **PROTEINURIA:** es la presencia de proteína en la orina en cantidad superior a 150 mg en la orina de 24 horas
- **CHAGAS:** tripanosomiasis americana, es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo Trypanosoma cruzi. Que puede ser transmitida de la madre infectada a su hijo durante el embarazo o el parto
- **PALUDISMO:** enfermedad generada por el parásito Plasmodium que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados.
- **BACTERIURIA:** Bacterias en la orina. Puede hablarse de bacteriuria significativa si el número de bacterias es superior a 100.000 por ml
- **GLICEMIA EN AYUNAS:** medida del factor de glicemia en la sangre en estado ayunas
- **TEST SULLIVAN:** Prueba de sangre para identificar a las mujeres en riesgo de tener diabetes gestacional
- **ESTREPTOCOCO B:** Examen que sirve para detectar bacterias de forma redondeada (cocos) que se presentan asociadas en forma de pareja o cadena; puede producir enfermedades como la faringitis y la escarlatina.



Resultados

En este menú se realiza la consulta de resultados de los procedimientos realizados al paciente dentro de la institución, se registran o transcriben los resultados de órdenes externas o se pueden dar resultados a procedimientos no quirúrgicos ordenados; también consultar, o cancelar procedimientos

Figura 47

quirúrgicos.

Se puede revisar las interconsultas solicitadas al paciente y su evolución.

Y se puede añadir imágenes de historia clínica del paciente.

Este menú se encuentra dividido en varias pestañas:

- Paraclínicos
- Procedimientos Qx
- Valoraciones y Controles
- Imágenes HC

Paraclínicos:

Resultados de procedimientos no Qx

Nombre Procedimiento: Tipo:

Fecha Ordenado: Estado:

■ Pendiente
 ■ En Proceso
 ■ Realizado
 ■ Interpretado
 ■ No Aplicado
 ■ Cancelado
 ■ Externo

Procedimientos No Qx

Cancelar	Origen	Paso a HC?	Fecha Orden	Código Procedimiento	Tipo	Descripción	Fec-Hora Aplicación	Interpretación	Folio	Img.
		<input type="checkbox"/>	21/06/2016 16:24:35	903840	LABORATORIOS	GLUCOSA EN ORINA	// 00:00:00		16	0
		<input type="checkbox"/>	21/06/2016 16:24:35	903840	LABORATORIOS	GLUCOSA EN ORINA	21/06/2016 16:37:28		16	0
		<input type="checkbox"/>	21/06/2016 16:24:19	903822	LABORATORIOS	CREATINA	// 00:00:00		15	0
		<input type="checkbox"/>	21/06/2016 11:08:38	902209	LABORATORIOS	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA]	// 00:00:00		14	0

Figura 48

CONSULTAR PROCEDIMIENTOS:

En esta pantalla se pueden consultar los resultados de los procedimientos no Qx que se encuentren disponibles, teniendo en cuenta **los filtros como:**

- Nombre de Procedimiento:** Se puede colocar todo el nombre o parte del nombre del procedimiento
- Tipo:** Elegir tipo de procedimiento: Todos, Laboratorio, Imágenes Diagnósticas, Procedimientos No Qx, Terapias, Inmunizaciones
- Fecha Ordenado:** Fecha y hora de cuando ordenaron el procedimiento; el sistema toma el rango de esta fecha hacia adelante
- Estado:** Si los procedimientos se encuentran Pendientes, En proceso, realizados, interpretados, No aplicados, externos o cancelados, tienen indicador de color en la Tabla de resultados:


■ Pendiente
 ■ En Proceso
 ■ Realizado
 ■ Interpretado
 ■ No Aplicado
 ■ Cancelado
 ■ Externo

Al procesar estos filtros se da click en Actualizar



y se visualizan los procedimientos que cumplan con las condiciones en la tabla de resultados.

Para ver el resultado de cada procedimiento se da clic en el icono , (debe estar en estado realizado color Verde).

Para ver el resultado de cada procedimiento se da clic en el icono  , (debe estar en estado Realizado color Verde).

Al dar click sobre la Impresora se confirma la salida del reporte por pantalla y se visualiza el PDF, o al dar click sobre la palabra **RESULTADO** abre una ventana con la información


Resultados


Paciente CC 52066542 ADRIANA GARCIA
 Procedimiento 903840 GLUCOSA EN ORINA
 Fecha Aplicación Inicial 20/06/2016 17:17:00 Hasta 29/07/2016 17:17:00

Fec-Hora Aplicación	Descripción	Interpretación
21/06/2016 16:37:28	RESULTADO:	

CANCELAR ÓRDENES:

Si se requiere cancelar un procedimiento ordenado, que no se va a realizar se selecciona el procedimiento y se marca en la columna

“Cancelar “y se da clic en el icono  y el registro del procedimiento queda en color naranja.

Cancelar	Fecha Orden	Código Procedimiento	Tipo	Descripción	Fec-Hora Aplicación	Interpretación	Folio
	01/09/2014 15:42:55	870188	IMAGENES DIAGNOSTICAS	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	// 00:00:00		3

TRANSCRIPCIÓN DE RESULTADOS:

Responder Órdenes o transcribir resultados por procedimientos realizados en otra institución puede ser probable solamente con los

laboratorios en estado Pendiente. Para esto se da click en el Icono 

Se despliega la pantalla de Procedimientos pendientes por aplicar, cuando el sistema muestra los datos de No folio, paciente, No autorización, pregunta si se Aplica el medicamento en ese momento, para completar la info se debe escoger “Aplicar”

Aplicar


- Ninguno
- Ninguno**
- Aplicar
- No Aplica

Figura 49

Se debe registrar:

- La fecha del resultado.
- El resultado como tal (puede seleccionar una plantilla determinada).
- Conclusiones si el documento los tiene (puede seleccionar una plantilla determinada)

-Tipo: puede ser Historia clínica general o plan de tratamiento.
(antes de resultado puede aparecer la opción de consecutivo de gestación si es paciente embarazada)

Para guardar se debe dar clic en el icono 
En la pantalla inicial cambiará el estado del procedimiento a Realizado

REGISTRO DE RESULTADOS:

Si el médico realiza un Procedimiento NoQuirúrgico ordenado previamente, puede registrar el resultado por el icono



Realiza búsqueda de procedimientos pendientes Mediante los filtros:

- Solicitado después de, rango de fecha búsqueda
- Estado: los de la pantalla Paraclínicos
- Servicio. Pabellón de ubicación del paciente
- Procedimiento: Se puede colocar el nombre o parte del nombre del procedimiento
- Cama
- Médico
- Distribuido: puede o no ser Distribuido
- Prioridad: Alta, media o baja

Figura 50

Se visualizan los resultados en la Tabla de Resultados y aquí puede seleccionarse un registro para ser completado por el profesional: Se selecciona el procedimiento y el sistema abre la pantalla para registrar el resultado del procedimiento, se debe seleccionar aplicar.

Figura 51

Para guardar se debe dar clic en el icono



Luego de confirmar el sistema muestra una pantalla donde se muestra el tipo de reporte a generar, para que sea tipo pantalla (PDF)

Aparece como Realizado en la tabla de resultados

Nota. Por esta opción se opción se cargará a la cuenta del paciente.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Cancelar	Origen	Paso a HC?	Fecha Orden	Código Procedimiento	Tipo	Descripción	Fec-Hora Aplicación	Interpretación	Folio	Img.
	HC	<input type="checkbox"/>	21/06/2016 16:24:35	903840	LABORATORIOS	GLUCOSA EN ORINA	// 00:00:00		16	0
	HC	<input type="checkbox"/>	21/06/2016 16:24:35	903840	LABORATORIOS	GLUCOSA EN ORINA	21/06/2016 16:37:28	PRESENTA CONDICIÓN ESPECIAL A REVISAR CON LA MUESTRA POST	16	0

Figura 52

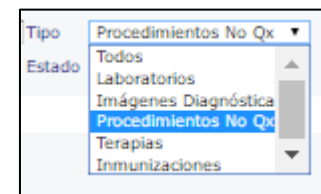
Para incluir la Interpretación de Resultados, se selecciona el procedimiento que tenga resultado y se registra la información en el campo Interpretación. Y luego se da clic en confirmar:

El Estado de las Órdenes tiene los siguientes significados:

- **Pendiente:** Se encuentra en este estado cuando se ha generado la orden médica.
- **En proceso:** Este estado permite conocer que el paraclínico ha sido tomado al paciente, pero el resultado se encuentra en desarrollo.
- **Realizado:** Indica que se realizó la aplicación del paraclínico y se registró el resultado.
- **Interpretado:** Se encuentra en este estado cuando se ha realizado la explicación del resultado por parte del médico tratante.
- **No aplicado:** Indica que el paraclínico no se realizó.
- **Cancelado:** Indica que el paraclínico fue solicitado, pero por alguna circunstancia ya no es necesario realizarlo y se canceló.

REGISTRO DE ORDENES EXTERNAS, RESULTADOS

En la pantalla de Resultados de procedimientos no Qx, seleccionar en la lista desplegable de “Tipo” el que se necesita por registrar y luego pulsar sobre el icono



Realizar el registro de resultados de procedimientos no quirúrgicos, imágenes diagnósticas, laboratorios, inmunizaciones y terapias que el paciente se haya realizado en otra institución y que entregue el reporte físico para ingresarlo al sistema.

Se deben diligenciar los campos:

- Tipo: El tipo viene definido por la selección que se realizó en la pantalla anterior, (laboratorios, procedimientos no quirúrgicos, imágenes diagnósticas, laboratorios, inmunizaciones o terapias)
- Procedimiento: En este campo se selecciona el paraclínico del cual va a escribir el resultado.

Figura 53

- **Resultado:** Se escribe el resultado del procedimiento.

Al haber completado todos los datos se da click en el icono  y de esta forma aparece en la tabla de resumen la información:

Folio	Fec-Hora Aplicación	Procedimiento	Descripción	Cantid.	Tipo Procedimiento	Resultado	Observaciones
 2	25/08/2014 15:25	873412	RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA AL VALOR DE LA REGION AGREGAR	1	IMAGENES DIAGNOSTICAS	SE REALIZA RADIOGRAF	Se realizó procedimi

Si desea eliminar un procedimiento registrado (orden externa) en el folio

actual se debe seleccionar y dar clic en el botón  e inmediatamente el procedimiento ya no se mostrará en la pantalla.

Procedimientos QX:

Se visualizan los procedimientos quirúrgicos que se han solicitado al paciente, dependiendo del filtro de fecha y estado que se encuentra en la parte superior.

Luego de realizar los filtros se debe dar clic en .

La convención del estado de los resultados procedimientos quirúrgicos:

- **Pendiente:** cuando se ha generado la orden médica para realizarlo.
- **Confirmada:** el paciente se encuentra en la institución el día en que está reservada la sala de cirugía.
- **Realizado:** se realizó el acto quirúrgico, en este estado puede realizarse la descripción quirúrgica.
- **Reservada:** la orden ya tiene hora y fecha para realizar el acto quirúrgico.

- **Fecha hora de aplicación:** se debe escribir o elegir la fecha y la hora en la cual se le realizó al paciente el paraclínico.
- **Cantidad:** Número de paraclínico de la misma descripción que el paciente trae.
- **Dosis:** Se usa en caso de que sea una inmunización.
- **Observación:** que se tenga el



Figura 54

visualizar el texto de la descripción quirúrgica. (que se introduce por Cirugía)

Para ver el reporte se da clic en 

Valoraciones y Controles:



Figura 55

- **Cancelado:** el procedimiento quirúrgico fue solicitado, ya no es necesario realizarlo y se canceló.
- **Facturada:** Indica que ya se encuentra dentro de la cuenta del paciente para cobrar a la entidad responsable.

La celda muestra el número de cirugía, código y nombre del médico que realizó la reserva, fecha en que se realizó la cirugía, estado.

Al marcar la última columna se puede

Muestra las interconsultas ordenadas para dar respuesta por el médico especialista.

Realizar el filtro de la información por la fecha en que solicito la valoración, especialidad y estado en la cual se encuentra (Ordenada, atendida, cancelada).

La semaforización del estado de los resultados procedimientos

quirúrgicos está representada de la siguiente manera:

- **Pendiente:** La interconsulta se encuentra en este estado cuando se ha generado la orden médica para realizarlo.
- **Realizado:** Indica que se atendió la interconsulta.
- **Cancelado:** Indica que la interconsulta fue solicitada, pero por alguna circunstancia ya no es necesario realizarla y se canceló.



Este icono permite cancelar las valoraciones que ya no considere necesarias para el paciente (Sólo en estado pendiente).

Debe dar click en la casilla de verificación (solo cuando se encuentra en estado Pendiente)

La Impresora permite ver el Reporte PDF del resultado de la Interconsulta, también puede visualizarse dando click sobre el texto de Resultado

Imágenes de HC:



Puede realizar la consulta digitando un rango de fechas en el que considere está la imagen que se requiere consultar


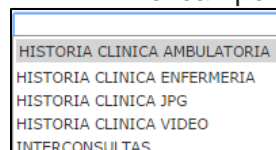
Para adjuntar la imagen se da click en el icono 

Figura 56

Entonces se despliega la ventana para adjuntar archivos:

- En el campo Imagen se debe elegir el tipo de imagen (que fue parametrizado)



- Dar click en Choose file seleccionar la ruta donde se encuentra la imagen a adjuntar.
- Observaciones adicionales

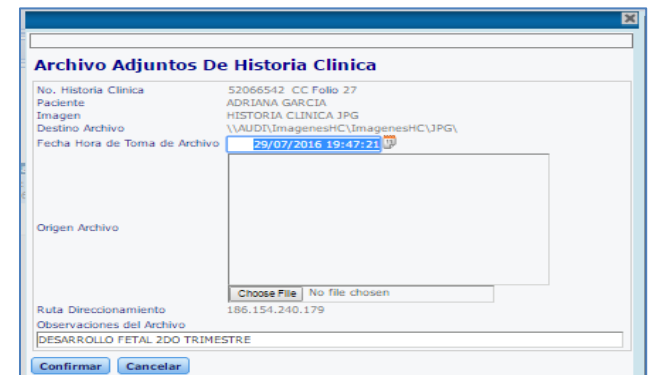


Figura 57

Al guardar se ve el registro de la siguiente manera:

			SCod	Ima	Folio	Fecha Hora	Desc. Imagen	Ruta Video Dx	Observaciones
			1		10	02/09/2014 08:33:39	HISTORIA CLINICA JPG	FTP://X:\IMAGENESH\1-80808080-CC-10.TMP	

Los Iconos



sirven para Modificar, Cancelar y Consultar siempre que la imagen este en el folio actual:

ANALISIS Y PLAN

Es esta pestaña el profesional luego de realizar una evaluación de la información registrada puede crear las pautas para el plan y seguimiento al paciente.

En esta pestaña se encuentra:

- Registrar Diagnóstico
- Análisis
- Plan
- Monitoreo
- Valoración Pre anestésica

Registrar Diagnóstico

El profesional puede seleccionar un diagnóstico con las ayudas básicas parametrizables marcando el check

Figura 58

Registro de diagnóstico

Diagnóstico ↑

Clase de diagnóstico ▼



Infeccion Nosocomial Aplica como Preexistencia Temporal?

Observaciones

Tiempo Ev. Dx.

Tipo Diagnóstico ▼

Registrado en el folio No Registrados en el folio Alto Costo

#	Código	Nombre	Clase	Tipo	Observaciones
---	--------	--------	-------	------	---------------

Figura 59

Si no se utiliza las ayudas rápidas se puede registrar el código CIE10 en el campo *Diagnóstico* si no se conoce se puede realizar la búsqueda con el icono, el sistema abrirá la pantalla de

Lista de selección de diagnósticos


Nombre

Código	Nombre diagnóstico	Código protocolo
0716	TRAUMATISMO OBSTETRICO DE LOS LIGAMENTOS ARTICULACIONES DE LA PELVIS	-
0719	TRAUMA OBSTETRICO NO ESPECIFICADO	-
P113	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO EN EL NERVIOS FACIALES	-
P114	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO EN OTROS NERVIOS CRANEALES	-
P115	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO EN LA COLUMNA VERTEBRAL Y EN LA MEDULA ESPINAL	-
P119	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL NO ESPECIFICADO	-
P124	TRAUMATISMO EN EL CUERO CABELLUDO DEL BEBEN NACIDO POR MONITOREO FETAL	-
P129	TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO EN EL CUERO CABELLUDO NO ESPECIFICADO	-
P132	TRAUMATISMO DEL FEMUR DURANTE EL NACIMIENTO	-
P133	TRAUMATISMO DE OTROS HUESOS LARGOS DURANTE EL NACIMIENTO	-

Figura 60

- Lista de Selección de Diagnóstico:
En el campo Nombre se puede buscar el diagnóstico, ingresando una palabra que constituya el mismo y utilizando el signo “%” como un comodín
También se utilizan los iconos de la parte inferior adelante y atrás para localizarlos
- Tiempo de Evolución del DX: debe darse en meses
- Clase de Diagnóstico: (principal, relacionado, descartado o anato-patológico),
El sistema va a requerir que el paciente cuente con un diagnóstico principal para permitir el cierre del folio
- Tipo de Diagnóstico: (Confirmado nuevo, confirmado repetido, impresión diagnóstica o descartado)

- Infección Nosocomial: marcar check si la infección fue adquirida por el paciente durante su estancia en la institución médica
- Preexistencia temporal: que el diagnóstico dado haya sido determinado en el paciente con anterioridad.
- Observaciones



Confirmar  la información ingresada. Sin embargo una vez confirmado el diagnóstico, en la celda el sistema permite realizar la modificación de la clase, el tipo de diagnóstico y si requiere realizar alguna observación

En caso de que el diagnóstico que se estableció este asociado a un programa de PyP de los creados con anterioridad en la Parametrización del sistema, aparecerá la siguiente pantalla:

Programas Pyp a los que aplica el paciente

No. Historia Clínica 890203 Tipo Doc. CC Nombre VIVIANA ALEJANDRA GONZALEZ

Paciente Inscrito al Programa


Programa	Descripción Programa	Fecha-Hora Asig
6	PYP-DETEC. TEMPRANA ALTERAC. EMBARAZO	// 00:00 



Figura 61

Si se quiere inscribir al paciente en el programa, se debe dar click en la casilla de verificación y guardar la información confirmando con



Análisis


Cuando se despliega esta pantalla se encontrará un espacio para que digite la información concerniente a la observación y valoración que ha realizado al paciente, teniendo en cuenta los paraclínicos que hayan permitido conocer de manera global los principios y elementos de la patología.

 Se debe confirmar la información para que quede guardada, luego cambia el color verde . Y la información se mostrará en la parte inferior de la pantalla.

Análisis

CONSIDERANDO LOS ANTECEDENTES, SINTOMAS PRESENTADOS, SE PODRIA DICTAMINAR UNA INFLAMACION EN LA SUPERFICIE DE LAS CELULAS DEL CERVIX

SIN EMBARGO SE DEBEN REALIZAR LOS ESTUDIOS DEL CASO PARA DESCARTAR OTRAS PATOLOGIAS COMO INFECCIONES URINARIAS, HERPES Y HEMORRAGIAS ENDOMETRIALES LEVES



Polio Descripción Analisis

CONSIDERANDO LOS ANTECEDENTES, SINTOMAS PRESENTADOS, SE PODRIA DICTAMINAR UNA INFLAMACION EN LA SUPERFICIE DE LAS 27 CELULAS DEL CERVIX SIN EMBARGO SE DEBEN REALIZAR LOS ESTUDIOS DEL CASO PARA DESCARTAR OTRAS PATOLOGIAS COMO INFECCIONES URINARIAS, HERPES Y HEMORRAGIAS ENDOMETRIALES LEVES



Figura 62

Plan

En este espacio, el profesional debe describir las opciones que realizará para cada componente del Plan de forma que se brinde una atención integral al paciente y pueda solucionar su enfermedad, logrando estabilizar y mantener controlados los factores que ocasionaron tal padecimiento

El plan está compuesto de Plan Diagnóstico, Plan Terapéutico, Plan de Seguimiento y Plan Educativo

Cuando el profesional diligencia cada casilla con la información puntual.

 Se debe confirmar la información para que quede guardada, luego cambia el color verde . Y la información se mostrará en la parte inferior de la pantalla.


Plan		Terapéutico		
Diagnóstico SE REALIZARAN PRUEBAS DE CUADRO HEMÁTICO DE SANGRE FROTIS VAGINAL PARCIAL DE ORINA		SE SUMINISTRARÁ CREMA / OVULOS PARA CONTRARESTAR SE DEJA EN OBSERVACION POR DOS DIAS		
Seguimiento AL TENER LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES SE DICTAMINARÁ EL MEJOR MEDICAMENTO PARA SOLUCIONAR EL SANGRADO ADEMÁS DE QUIETUD CONSTANTE		Educativo SE REMITE A PLAN DE PREVENCIÓN DE PARTOS PREMATUROS		
				
N° Folio	Plan diagnóstico	Plan terapeutico	Plan seguimiento	Plan educativo
27	SE REALIZARAN PRUEBAS DE CUADRO HEMÁTICO DE SANGRE FROTIS VAGINAL PARCIAL DE ORINA	SE SUMINISTRARÁ CREMA / OVULOS PARA CONTRARESTAR SE DEJA EN OBSERVACION POR DOS DIAS	AL TENER LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES SE DICTAMINARÁ EL MEJOR MEDICAMENTO PARA SOLUCIONAR EL SANGRADO ADEMÁS DE QUIETUD CONSTANTE	SE REMITE A PLAN D

Figura 63

Monitoreo

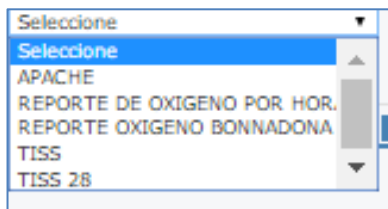
Es esta pestaña de Monitoreo se utilizan los filtros de

-Fecha Inicial/ Fecha final

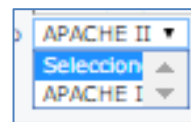
-Monitoreo: Enfermería o Pronóstico


-Tipo de Monitoreo: Según se tengan parametrizados, muestran los resultados en la parte tabla resumen de la parte inferior de la pantalla. por ejemplo

Enfermería:



Pronóstico.





Para añadir un registro, se debe dar click en el icono  y según las opciones que se hayan seleccionado en los filtros, se mostrarán en la pantalla los cuestionarios respectivos; por ejemplo:

Apache 2:

Figura 64

TISS:

Figura 65

 Se debe confirmar la información para que quede guardada, luego cambia el color verde . Y la información se mostrará en la parte inferior de la pantalla.

	Fecha - Hora	TEMR(GC)	R TEM(GC)	PAS(MH)	PAD(MH)	PAM(MH)	R PAM(MH)	FC(PM)	R FC(MH)	FR(CS)	RFR(HO)	FIO11(AA)	FIO12(AS)	VAFI1(AA)	VAFI2(AS)	REFI1
	29/07/16 20:55	1,0000	2,0000	3,0000	4,0000	5,0000	6,0000	7,0000	8,0000	9,0000	10,0000	11,0000	12,0000	13,0000	14,0000	15,

Figura 66

Valoración Pre anestésica

Cuando un paciente puede ser sometido a un procedimiento quirúrgico o una intubación, el profesional puede utilizar la medición de valoración PreAnestésica por la Clasificación Mallampati:

Esta es usada para predecir la facilidad de intubación:

Se determina analizando la anatomía de la cavidad oral; específicamente, está basada en la visibilidad de la base de la úvula, istmo de las fauces (los arcos delante y detrás de las amígdalas) y el paladar blando.

La puntuación se hace manifestando o no la fonación.

Una puntuación alta (clase 4) está asociada con una difícil intubación así como con una alta incidencia de apnea del sueño

El profesional debe seleccionar el cuadro check ubicado bajo cada dibujo





Figura 67

El sistema clasificación ASA se refiere al Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Existen 5 categorías o clase, la categoría 1 se refiere a pacientes saludables que no se han sometido a cirugías electivas

Entonces el profesional debe seleccionar de la lista desplegable la calificación determinada

Los check de Reserva Hemoderivados y Puede programarse se marcan cuando se ha decidido programar procedimiento.

 Se debe confirmar la información para que quede guardada, luego cambia el color verde .

ORDENES MÉDICAS

Esta opción se utiliza para solicitar los procedimientos a realizar, registrar dietas, recomendaciones, incapacidades o solicitud de interconsulta.

Está compuesta por las siguientes pestañas:

- Paraclínicos
- Dietas – Recomendaciones
- Incapacidades
- Valoraciones y Controles
- PYP
- Plan de Tratamiento

The screenshot shows the 'Historia clínica' interface. At the top, it displays patient information: N. Historia 52066542, Doc. CC Nombre ADRIANA GARCIA, Sexo Femenino, Edad 35 Años, Peso 80,00, Cama, Folio 27, Ctvo Ingreso 13. Below this, there are two rows of tabs. The first row includes: Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan, **Ordenes Medicas** (highlighted), Formulación, Evolución, Formatos, Partograma, and Salida. The second row includes: **Paraclínicos** (highlighted), Dietas - Recomendaciones - Certificaciones, Incapacidades, Valoraciones y Controles, PYP, and Plan De Tratamiento. Below the tabs, there is a section for 'Ayuda Rápida para:' with a dropdown menu and the word 'Ayudas' below it.

Figura 68

Paraclínicos

Al ingresar a la pestaña de paraclínicos, se puede observar el campo de lista desplegable *Ayuda Rápida para:* donde se elige entre las diversas opciones para poder visualizar las ayudas rápidas correspondientes. Para ordenarlas se debe dar click en la casilla de chequeo



The screenshot shows a list of lab tests with checkboxes. The tests are: PREQUIRURGICOS LABORATORIOS, GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BET, GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL, TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3], TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT), and TRIGLICERIDOS. The checkboxes for GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL and TRIGLICERIDOS are checked.

- **Las ayudas rápidas** son parametrizadas previamente, consideradas como las de mayor uso por la institución

- Cuando el **procedimiento no se encuentra en las ayudas rápidas**, en la casilla siguiente se digita el procedimiento, o parte del nombre del procedimiento, el sistema mostrará una lista desplegable con las alternativas para seleccionar

Seguido de haber seleccionado el procedimiento a Ordenar, se encuentran:

- **Cantidad:** Número de procedimientos a ordenar
- **Realizar En:** Indicar el número de días
- Cuadros de chequeo para indicar si se debe realizar de forma **Urgente o bajo una Orden Ambulatoria**. Si se realiza de forma Urgente el sistema envía una alerta al personal que toma el procedimiento y queda registrado en color rojo
- **Causa Externa:** de la Lista desplegable seleccionar la razón de la atención: Accidente de Trabajo, Accidente de Tránsito, Enfermedad General, Enfermedad Profesional, Evento Catastrófico, Sospecha de Abuso, etc. Este campo se visualiza solamente si el flag está marcado
- **PYP:** si el paraclínico está incluido en un programa de PYP, y el paciente ya se asoció, se debe seleccionar el programa que entonces aparecerá en la lista de Color Verde
- **Observaciones:** en esta casilla se escriben las consideraciones particulares

 Se debe confirmar la información para que quede guardada, luego cambia el color verde .

Y así la información se mostrará en la parte inferior de la pantalla.

Figura 69

Código	Nombre	Descripción	Observaciones	Amb?	Cant.	Aut?	Prog.	Pyp	Causa Ext.
903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	LABORATORIOS	DESCARTAR AFECCIONES AL FETO	N	1	NO			ENFERMEDAD GENERAL
903868	TRIGLICERIDOS	LABORATORIOS	DESCARTAR AFECCIONES AL FETO	N	1	NO			ENFERMEDAD GENERAL
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	LABORATORIOS	DESCARTAR AFECCIONES AL FETO	N	1	NO			ENFERMEDAD GENERAL



Este botón se utiliza para eliminar un procedimiento ordenado



Dar click en este botón para diligenciar el CTC

Solicitud Justificación Procedimientos o Insumos No POS

Usuario: CC 52066542 ADRIANA GARCIA

Tipo de Tratamiento: Enfermedad de Alto Costo Código CUM:

Primer Diagnóstico:

Segundo Diagnóstico:

Tercer Diagnóstico:

RESUMEN Y DIAGNOSTICO
Descripción Caso Clínico:

ALTERNATIVAS POS EXISTENTES

Respuesta Clínica con Insumos o Procedimientos POS observada:

Mejoría: Efectos Secundarios del Tto NO POS

Existe alguna opción de Tto dentro del POS para Tto de esta patología?

Cuales:

Figura 70

PROCEDIMIENTO O INSUMO NO POS SOLICITADO

Indicaciones tratamiento Procedimiento o Insumo NO POS:

Tipo Dosis:

Motivo de Repetición:

Objetivo:

Tiempo Esperado de Respuesta al Tratamiento:

CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

El no uso del NO POS pone en eminente riesgo la vida y salud del paciente:

Justifique:

Esta autorizada la comercialización y expendio del Insumo solicitado en el país?

Se han agotado las posibilidades terapéuticas existentes?

Señale precauciones, contraindicaciones, efectos secundarios y toxicidad asociada al uso o abuso del Procedimiento o Insumo solicitado:

Si existen, cite que tipo de controles clínicos requiere el paciente para evaluar la efectividad del Insumo y su periodicidad:

Justificación para uso de medicamento NO POS:

Figura 71

Envío Solicitudes Admisión / Traslado Hosp - Urgencias:

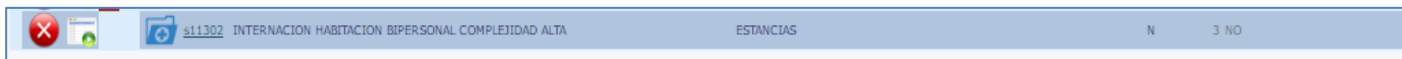
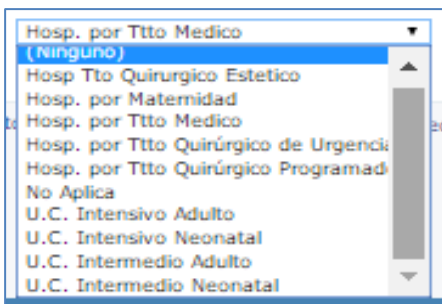
Figura 72

Se utiliza esta opción cuando las Ordenes de los procedimientos no se pueden realizar localmente y el paciente debe remitirse o trasladarse, Para diligenciarlo hacer click en

- En la parte de datos del paciente, Se marca la casilla de chequeo **si el**

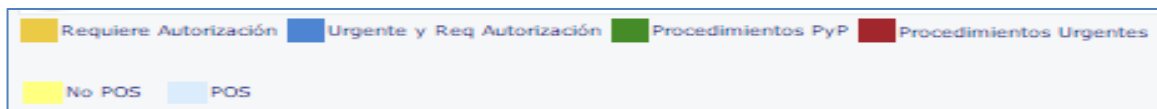
paciente se traslada a Urgencias u Hospitalización

- Se diligencian los Datos de la Remisión, **La Fecha de la Solicitud y se elige el Tratamiento** de la lista desplegable entre las siguientes opciones: Hosp Tratamiento Quirúrgico estético, Hosp por Maternidad, Hosp por Tto Médico, Hosp por Tto Quirúrgico de Urgencia, Hosp por Tto Quirúrgico Programado, U.C Intensivo Adulto, U.C Intensivo Neonatal, etc.



Luego se Confirma la información y se visualiza el registro en la tabla de resumen de la parte inferior

Los indicadores de colores que se visualizan son:



-Diferencia POS / No POS (color fondo)
-Si requiere autorización, es Urgente, ó es PYP (franja lateral)

Al Ordenar Procedimientos Quirúrgicos:

El sistema presenta la opción de cargar a las cirugías ya registradas, o de cargar el procedimiento a una Nueva cirugía.

Si se acepta la opción se generará la reserva de la sala de cirugía

También es posible acceder a esta opción de programación de cirugía dando click sobre el Código del procedimiento, del registro de la tabla resumen

Y dar Aceptar

Figura 73

En este cuadro informativo aparece el No de cirugía si estuviese programada

Luego de dar Confirmar, aparece el formulario de Cirugía

Entonces aparece el formulario de Cirugía: En la parte superior encuentra el número y el estado en la que se encuentra la cirugía además el nombre y la edad del paciente.

Se procede a completar o diligenciar los siguientes datos:

- **Datos Preoperatorios / Estado:** Seleccionar el estado del paciente: Vivo, Muerto o Cuidados Intensivos
- **Fecha de Programación Cirugía y Duración:** Se debe diligenciar la fecha planeada y el número de Horas y minutos
- **Dx Principal:** Digitar el diagnóstico principal que aplique como causa de la cirugía
- **Vía:** Seleccionar si es Unica vía, Diferente vía o Bilateral
- **Lateralidad:** Seleccionar la opción de incisión podrá realizarse Derecha/ Izquierda / Bilateral o NA
- **Opción:** Forma de planeación de la cirugía: Programada o Por Urgencias
- **Cuadro de chequeo: Requiere Valoración Preanestésica,** marcar si es necesario
- **Cuadro de chequeo: Reserva de Cama,** si va a hospitalización luego de la cirugía marcarlo e indicar Cama Hospitalización o Cama UCI, agregar Observaciones
- **Cuadro de chequeo: Materiales especiales,** se marca por materiales o equipos especiales para la cirugía, en el cuadro de observaciones se especifican
- **Cuadro de chequeo: Hemoderivados,** para solicitar bolsas de sangre y en el cuadro observaciones colocar el tipo y cantidad
- **Reservado por y Especialidad:** Este campo tiene el nombre del profesional que hace la reserva; Especialidad elegir la correcta
- **Cirujano a Cargo y Especialidad:** Indica el nombre del profesional que va a Operar y se elige su Especialidad
- **Preparación de la Cirugía / Dieta:** Indica preparación previa: Blanda, líquida, ayuno. Además si va a requerir acompañante, pre medicación y el tiempo en horas previas. Seleccionar cuadros de chequeo y se refleja en Observaciones
- **Procedimientos:** Se observan los procedimientos quirúrgicos que el paciente tiene ya programados

Por último dar click en CONFIRMAR

También se encuentran las opciones de CANCELAR e IMPRIMIR

Reportes / Consentimiento Informado:

En la parte inferior de la pantalla de Paraclínicos aparece esta opción, que sirve para poder visualizar o imprimir los PDF de Consentimientos Informados, Procedimientos Individuales ordenados o Agrupados por tipo, según las opciones de tipos Ordenes médicas (Laboratorios, terapias, etc)

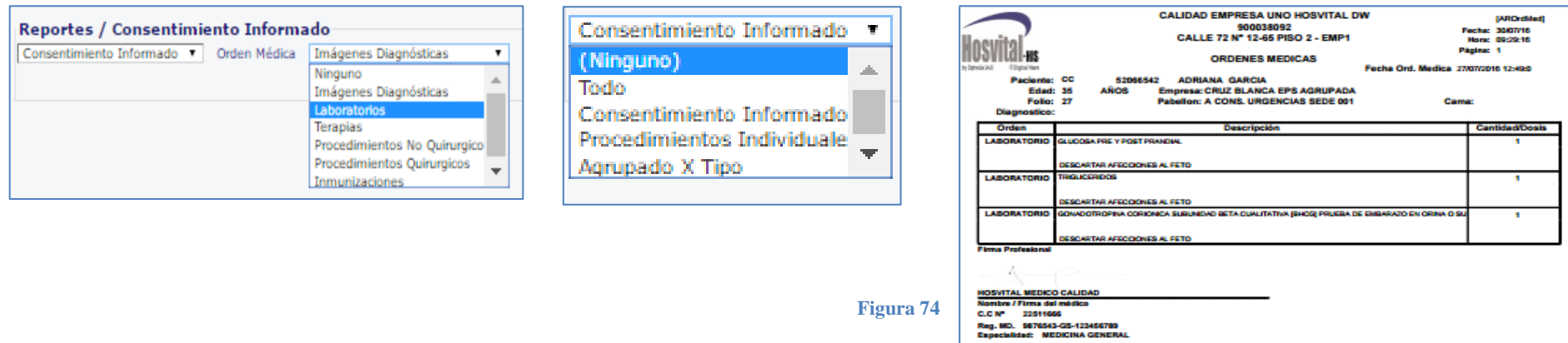



Figura 74

Al elegir la Opción de tipo de reporte Consentimiento Informado, el sistema mostrará una ventana para diligenciamiento de opciones y generar dicho documento al confirmar dando click en  :

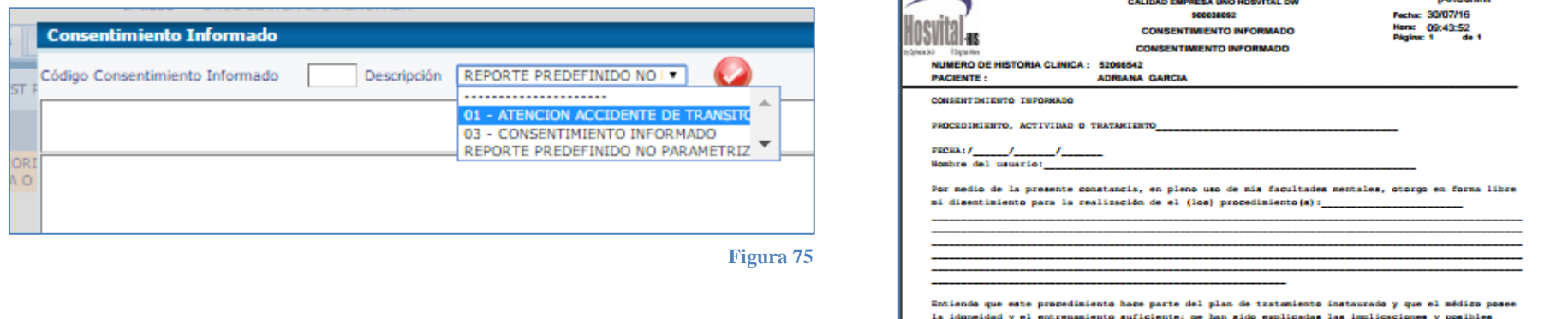


Figura 75

Diets – Recomendaciones – Certificaciones

Paraclínicos **Dieta - Recomendación - Certificados** Incapacidades Valoraciones y Controles PYP Plan De Tratamiento

Fecha desde 03/11/2015 00:00:00 Hasta 30/07/2016 23:59:59

Dieta - Recomendación - Certificados

Palabra clave DIETA

Descripción

Diets Recomendaciones Certificados

Figura 76

Se presenta como un visualizador de las dietas, recomendaciones o certificados del paciente

Se escoge el rango de fechas donde se ubica la información, en Palabra Clave se escribe el nombre del documento que se necesita y se

Actualiza mediante el botón

Entonces la información se verá en la Celda de Descripción

Confirmar para que la información quede guardada y se refleje en la tabla resumen

Para imprimir se debe seleccionar el cuadro de chequeo del tipo de documento: Dietas, Recomendaciones o Resultados; y dar click sobre la Impresora

Paraclínicos Diets - Recomendación - Certificados **Incapacidades** Valoraciones y Controles PYP Plan De Tratamiento

Fecha inicial 01/06/2015 00:00:00 Fecha final 30/07/2016 23:59:59

Con.	Folio	Fecha Registro	Fecha Inicial	Días Incap.	Fecha Final	SOAT	Contingencia	Desc.	Contin.	Causa Externa	Prórroga?	Cod.	Error
125	6	15/06/2016 08:45:56	15/06/2016	3	17/06/2016	0		ENFERMEDAD GENERAL	1		13	N	

Días acumulados de incapacidades prorrogadas 0

Figura 77

Incapacidades


Se pueden **Consultar** las incapacidades colocando un rango de fechas en Inicial y final y Actualizando la página.

Botón

En la tabla de resultados se visualizan los datos como folio, fecha, días de incapacidad, causa

Figura 78

Para crear una incapacidad se debe

dar click sobre el icono  y aparecerá el formato de Incapacidades de los Pacientes:

- **Códigos de contingencia:** los crea el cliente según los eventos que considere necesarios.
- **Campo de chequeo Prorroga**
- **Fecha Inicial, Días Incapacidad y Fecha Final:** Se debe digitar o elegir la fecha inicial y los días de incapacidad, el sistema muestra la fecha final. El número de días se relaciona con la parametrización de los Cod Contingencia
- **Diagnóstico Principal,** el sistema lo trae de pestañas anteriores

- **Tratamiento:** Donde se genera la incapacidad ambulatorio, hospitalario
- **Tipo de Procedimiento:** Mediante el cual se le realizará tratamiento: Quirúrgico o No
- **Observaciones del Profesional:** Digitar los detalles adicionales relacionados
- **Empresas:** Digitar el nombre de la empresa a la que va dirigida la Incapacidad y dar click en

Confirmar dando click en  ; entonces aparecerá la información en la tabla resumen:



Con.	Folio	Fecha Registro	Fecha Inicial	Días Incap.	Fecha Final	SOAT	Contingencia	Desc. Contin.	Causa Externa	Prórroga?	Cod. Error
	125	6 15/06/2016 08:45:56	15/06/2016	3	17/06/2016	0	1 ENFERMEDAD GENERAL	13	N		
	126	27 30/07/2016 13:23:50	29/07/2016	3	31/07/2016	0	3 MATERNIDAD	13	N		


Figura 79

Valoraciones y Controles

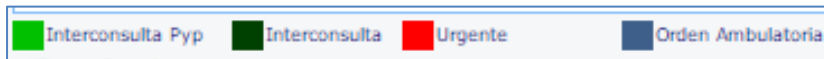
Permite generar la solicitud para interconsultas para diferentes especialistas que el paciente requiera:

Figura 80

- **Cuadro de chequeo Orden ambulatoria**, Marcar si aplica
- **Observación:** Describir el objetivo de la interconsulta en el tratamiento

Una vez se haya completado la información, se debe confirmar  toda la información que ingrese para que el sistema la guarde correctamente. Aparecerá en la tabla de resumen en la parte inferior

Se visualiza los indicadores de colores



El icono de impresora para visualizar PDF de la solicitud e imprimirla

- **Ayudas Rápidas:** Se elige la especialidad del médico por el cual se necesita interconsulta dentro de la ayuda rápida
- **Registro Interconsulta:** En caso de que no aparezca en las ayudas rápidas se escribe aquí la especialidad que solicita
 - **Realizar en:** Escribir No de días para la consulta
 - **Causa Externa:** Seleccionar de lista desplegable la opción adecuada
 - **Cuadro de chequeo Urgente,** Marcar si aplica
 - **PYP:** Si tiene algún programa asociado seleccionar

P y P




Se selecciona el programa de P y P que esté relacionado con el padecimiento y programarlo, en casos que aplique.

Se selecciona de la lista desplegable de

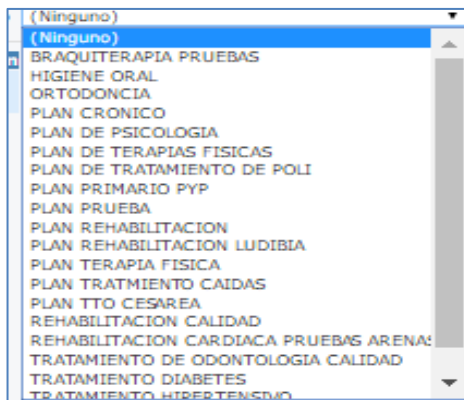
Programas por Especialidad



Figura 81

Se escriben las observaciones convenientes y se confirma el registro con . Entonces completa la demás información que solicite el sistema, que se visualizará en la tabla de resumen de la parte inferior

Plan de Tratamiento

Mediante esta pestaña se selecciona el Plan de Tratamiento adecuado con el padecimiento de la lista desplegable:



Y se confirma la información con . Generando el registro en la tabla de resumen de la parte inferior. Puede visualizar el contenido del plan de tratamiento dando click en el icono 

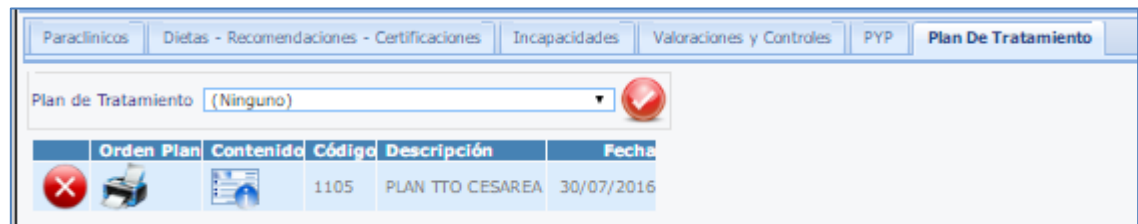


Figura 82

FORMULACION

Esta opción se utiliza para realizar la formulación de medicamentos, infusiones y relacionados. Se conectará con el módulo de facturación

Figura 83

Formulación de Medicamentos / Suministros

- En la parte superior se encuentra la barra de indicadores de color, que indican si el medicamento formulado pertenece o no al POS (color de fondo); si su aplicación es Urgente (barra indicadora); si se carga a la cuenta del Paciente o si hace parte de un programa PYP o Maternidad gratuita
- Dando clic en este icono puede ver el *Histórico de Medicamentos Formulados al paciente*, visualizará la siguiente pantalla:

	Folio	Fecha Hora	Acción	Medicamento	Concentración	Dosis	E. For	Usu entre	F/H entre	Unidad	Prolo?	Urgente?	Cant. Día	Est Entre	Esta Dosis?
	26	16/01/2014 17:09:32	Nuevo	NAPROXENO 150 MG/ 5ML (3%) SUSPENSION ORAL	150 MG/3 ML	5,00			// 00:00	MILILITROS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1,00	Activo	
	22	10/01/2014 14:24:34	Suspendido	ACETAMINOFEN 800 MG TABLETA	500 MG	500,00			// 00:00	MILIGRAMOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3,00		No dosificado

Mediante las Opciones de Consulta, el uso de estos filtros, trae la información por:

Figura84





Número de Folio, Fecha y hora (registros desde), Estado (Nuevo, Continuar, Sin cambios, Modificado, Suspendido) aplicación, nombre de Medicamento, y Estado de la Fórmula (activo o inactivo)

La franja de color verde oscuro indica si el medicamento es del paciente, no fue suministrado por la institución

Estos iconos se utilizan para formulación prolongada, para habilitar o deshabilitar la entrega del medicamento



En la tabla de resumen se visualizan los siguientes campos: el folio con la fecha y hora en que se realizó la formulación, la acción (nuevo, suspendido); concentración, dosis que se está administrando, check si tiene esquema de formulación, uso entre (para medicamentos que terminaron su tiempo de administración), fecha- hora terminación, unidad de medida de la dosis, check de prolongación, check si es urgente, cantidad de días que se usa o uso, está entre indica si el medicamento se está administrando (activo), y si esta dosificado.

-  Permite la impresión de la fórmula médica
-  Permite la impresión de la fórmula médica No POS
-  Permite la impresión de la fórmula médica de control
-  Recuerde actualizar para poder ver la información de la formulación realizada
- **Crear un Nuevo Registro de Formulación:**

Dando click en el ícono  aparece el formulario de Transacción de Formulación de Suministros, se diligencian sus campos:

- Descripción: Escribir el nombre del medicamento a ser formulado, actualizar y posterior a esto seleccionarlo, porque mostrara una lista de medicamentos para elegir
- Desc. Medicamento:
- Cuadro de Chequeo de esquema: Indicar si el medicamento se refiere a un esquema
- PYP: Si el medicamento pertenece a un programa de PYP se debe seleccionar en este espacio
- Dosis: Registrar la cantidad de medicamento
- Unidad: Se debe colocar la unidad de medida en que se va a cuantificar la dosis
- Vía: Seleccionar la vía por la cual se administra el medicamento
- Frecuencia: Seleccionar la cantidad de tiempo entre cada dosis
- Días Tratamiento: digitar los días que va a tratar al paciente con el medicamento. Solo aplica en caso de ambulatorio, medicamento de control y NO POS
- Cantidad solicitada: sistema calcula la cantidad de medicamento que el paciente necesita para 24 horas
- Casilla confirmación tratamiento ambulatorio / urgente
- Observaciones: consignar las observaciones en caso de ser necesario


Descripción: AMPICILINA

Descripción Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Saldo	Und. Almacenaje	Und. de Contenido
AMPICILINA SODICA POLVO SOLUCION INYECTABLE VIAL X 1G	(25 + 500) MG/5 ML (0.5% + 10%)	SOLUCION BUCOFARINGEA	0,00	AM	MG
AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 125 MG/5 ML (2.5%) SUSPENSION ORAL	125 MG/5 ML (2.5%)	AEROSOL	0,00		
AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 250 MG/5 ML (5%) SUSPENSION ORAL	250 MG/5 ML (5%)	AEROSOL	0,00		
AMPICILINA 250MG/5ML SUSPENSION ORAL	250 MG/5 ML	AEROSOL	0,00		
AMPICILINA SODICA 1G + SULBACTAM SODICA 0,5G POLVO SOLUCION INYECTABLE VIAL X 1,5G	15 MG/5ML	SOLUCION BUCOFARINGEA	0,00		
AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO 500 MG TABLETA O CAPSULA	500 MG	UNGUENTO PROCTOLOGICO	0,00		
AMPICILINA SODICA + SULBACTAM SODICO 1 G + 0,5 G POLVO PARA INYECCION	1 G + 0,5 G	SOLUCION BUCOFARINGEA	0,00		
AMPICILINA SULBACTAM TABLETA 750MG	750 MG	TABLETA	0,00		
AMPICILINA SODICA POLVO SOLUCION INYECTABLE VIAL X 500MG	500 ML	SOLUCION BUCOFARINGEA	0,00		
AMPICILINA TRIHIDRATO POLVO SUSPENSION ORAL X 250MG/5ML FRASCO X 60ML	20 MG/ML (2%)	AEROSOL	0,00		

No POS POS
 Desc. Medicamento: AMPICILINA SODICA POLVO SOLUCION INYECTABLE VIAL X 1G
 Esquema?
 Pyp
 Dosis: Unidad Via
 Frecuencia: Horas Días Tratamiento
 Cantidad Solicitada: Ambulatoria? Urgente?
 Medicamento de Maternidad Gratuita? SI/NO
 Observación:
 No POS POS Urgencia Paciente PYP Maternidad Gratuita

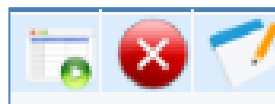
Figura 85

Luego de buscar el medicamento, el sistema muestra una lista (tabla o grilla) con las opciones y datos descriptivos como nombre del genérico, concentración, forma farmacéutica, saldo, und almacenaje, und contenido; se elige el medicamento a formular, y se completan los datos del formulario

entonces se confirma el registro con , así aparecerá en la tabla de resumen. Presenta algunos iconos:



- Continuar
- Sin cambios
- Modificar
- Suspender



- Generar CTC
- Eliminar registro
- Editar encuesta

Formulación de Medicamentos Formulación de Infusiones Control de Medicamentos

Formulación de suministros

No POS POS Urgencia Paciente PYP Maternidad Gratuita

Amb?	Estado	Descripción Medicamento	Días Trata.	Concentración	Dosis	Unidad	Via	Fr/ Hr	Esquema	Cant. X Entr.	Observaciones
<input type="checkbox"/>	Nuevo	AMPICILINA SODICA POLVO SOLUCION INYECTABLE VIAL X 1G	2	(25 + 500) MG/5 ML (0.5% + 10%)	5,00	AM	INTRAMUSCULAR	12 Horas		20,00	

Figura 86

ACIDO ASCORBICO TABLETA EFERVECENTE X 1000MG	(25 + 500) MG/5 ML (0.5% ± 10%)	CREMA VAGINAL	0,00	
ACIDO ASCORBICO SOLUCION ORAL X 100MG/ML FRASCO X 30ML	20 MG/ML (2%)	JALEA	0,00	


No POS POS
 Desc. Medicamento ACIDO ASCORBICO TABLETA X 500MG
 Esquema?
 Pyp
 Unidad Esquema Via
 Cantidad Solicitada Ambulatoria? Urgente?
 Medicamento de Maternidad Gratuita? SI/NO

Esquema

Cns 0	Descripción	Estado Activo
Conse 0	Dosis <input type="text"/> 0,00	Cada <input type="text"/> 0
		Por <input type="text"/> 0

Figura 87

Por: número de minutos, horas, días

Por último confirmar con click en  y se genera el registro en la tabla de resumen.

Formulación de Infusiones

Funciona de la misma manera que la formulación de medicamentos y suministros

Control de Medicamentos

En los protocolos de seguridad con los procedimientos de medicación hacia los pacientes, se establecen las siguientes medidas en el sistema:

- Planeación de Enfermería
- Control de Aplicación
- Control de Líquidos
- Balance de Líquidos

Si al momento de formular, el medicamento debe tener un Esquema, se elige en la parte superior del formulario la opción de cuadro de chequeo "Esquema" y se diligencian las casillas adicionales:

Después de Via en la casilla de lista desplegable "Esquema" se debe elegir el que se va a utilizar que estará previamente parametrizado en el sistema (consultar instructivo *I-HOS-019_A Instr. Manejo de Esquemas de formulación*)

Completar los datos como:

Cns: código con el que se creó el esquema

Descripción: En referencia al nombre del esquema

Estado: Elegir activo o inactivo

Conse: este consecutivo lo da el sistema

Dosis: cantidad medicamento a administrar

Cada: tiempo de frecuencia (8 horas, 12 horas)

Planeación de Enfermería: Es esta pantalla se pueden consultar los planes para aplicación de medicamentos ordenados, que programa el área de enfermería utilizando los filtros de:

- Fecha Ord. Desde – Hasta. Se da un rango de fechas donde se ordenaron y planearon medicamentos
 - Estado : estado de la formulación: Pendientes, Programados, Todos

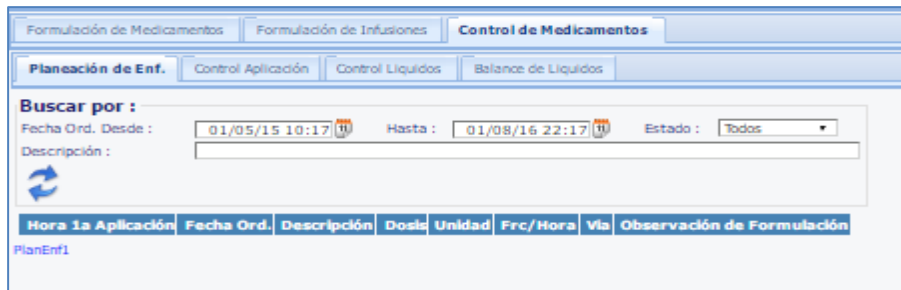


Figura 88

En la parte inferior aparece una tabla de resumen, con los campos: Hora 1ra aplicación, Fecha en que se Ordenó, Descripción, Dosis, Unidad, Frecuencia en horas, Vía y Observaciones de Formulación.



Figura 89

Control Aplicación:

Es este menú se pueden consultar por:
 -Rango de Fecha y Hora programada de aplicación
 -Estado de aplicación: Pendientes, aplicados, suspendidos o Todos

En la parte inferior se encuentra una tabla de resumen que contiene datos como: Descripción, Dosis, Unidad, Frecuencia en horas, Vía, Observación de la formulación, Hora aplicación programada, Hora de aplicado, Notas de aplicación, No Folio, Frec consulta y Persona que aplica.



Figura 90

Balance de Líquidos:

Mediante esta pantalla se visualiza la perdida y ganancia de líquidos en un paciente, dentro de rango de tiempo dado.

De la operación administrados – eliminados resulta el total de Balance

EVOLUCION

Se consigna la información de los cambios producidos por el tratamiento que se está llevando a cabo con el paciente.

Se encuentran las pestañas: Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan, Ordenes Médicas y Formulación estas se diligencian de la misma forma que en las pestañas que llevan su mismo nombre en la historia clínica, si la información se diligencio anteriormente no debe volver a escribirla porque ya está consignada, aparecen aquí para mayor practicidad en la atención del paciente.



Figura 91


Subjetivo

El profesional debe consignar lo que el paciente dice observar de sí en su Evolución.

Presenta los submenús: Cambio de Servicio, Evolución del Paciente, Revisión por Sistemas

Figura 92

- Segundo DX: Se puede seleccionar un diagnóstico relacionado para complementar el primero


Se confirma el registro de información con 

Evolución del Paciente:

Se presenta la fecha y hora en que se consigna la observación.

El cuadro de chequeo activa una ayuda rápida para el encabezado de la evolución.

El profesional escribe su reporte, cuando termina

confirma el registro de información con 

Aparece en la tabla de resumen en la parte inferior que contiene: Folio, Fecha, Hora, Evolucionado por, Evolución

Para acceder al Histórico de Evoluciones se da click en el icono 

Y se puede visualizar la lista de Evoluciones con algunos filtros

Cambio de Servicio: Este se diligencia cuando el paciente amerita un cambio en su tipo de atención, por su complejidad en el tratamiento o seguridad para su diagnóstico. Se diligencia el formulario:

En la parte superior muestra los datos actuales.

Se diligencias las opciones hacia donde el paciente es dirigido:

- Sede: seleccionar la sede hacia donde se direccionará
- Vía: Urgencias, Consulta Externa, Remitido, Nacido en la Institución o Triage
- IPS: Selecciona la IPS a la cual va cargado el servicio
- Médico: Seleccionar del listado el profesional
- Especialidad: Seleccionar del listado
- Servicio: Se refiere al número de pabellón
- Cama No.: Seleccionar la cama si es obligatorio
- En Observación: SI / NO
- Primer DX: El sistema trae el registro ya consignado

Folio	Fecha	Hora	Evolucionado Por	Evolución
27	01/08/2016	11:27:02	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	PACIENTE DE 35 AÑOS EN SU 13 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: -DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR, PRESENTA SANGRADO MODERADO EN SU SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO, SE FORMULAN ANALGÉSICOS Y EXÁMENES PARA DESCARTAR CELULITIS O MALFORMACIONES CELULARES

Figura 93

Epícr.	Folio	Fecha	Tipo	Hora	Evolucionado por	Des. Evolución	Especialidad	Espec.
	10	16/06/2016	Medico	16:47:36	WILLIAM GARZON	Paciente que refiere dolor alrededor de 3 horas el cual consulta a consulta de urg para valoración se ordena manejo con medicamento para el dolor de ordena toma de laboratorios y se solicita interconsulta por neurología, en espera de resultados para continuar tratamiento	MEDICINA GENERAL	General
	27	01/08/2016	Medico	11:27:02	HOSVITAL MEDICO CALIDAD	PACIENTE DE 35 AÑOS EN SU 13 DÍA DE INTERNACIÓN CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: -DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR, PRESENTA SANGRADO MODERADO EN SU SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO, SE FORMULAN ANALGÉSICOS Y EXÁMENES PARA DESCARTAR CELULITIS O MALFORMACIONES CELULARES	MEDICINA GENERAL	General

Figura 94

Revisión por Sistemas:

Se presenta la misma estructura que la Revisión por Sistemas hecha anteriormente, el profesional consigna las novedades que haya encontrado y confirma la pantalla para almacenar la información.

Objetivo

El profesional debe consignar la información que él discierne sobre la Evolución en su paciente, dada su observación y conclusiones por estudios o exámenes. Como se decía anteriormente, Objetivo tiene la misma información que lo que se describió anteriormente en este manual

- Signos Vitales
- Examen Físico
- Resultados (Gestación Actual como opcional)

- Médico: seleccionar de lista desplegable el nombre
- Tipo de Evolución: Medico, Enfermera o SOAP
- Fecha – hora; fecha-hora: Define el rango de fechas donde se va a visualizar el informe de Evoluciones

El icono de la impresora permite imprimir la evolución de ese registro



Sistema	Observaciones
SISTEMA DIGESTIVO	REVISADO SIN NOVEDAD
SISTEMA OSEO	REVISADO SIN NOVEDAD
SISTEMA RESPIRATORIO	REVISADO SIN NOVEDAD
SISTEMA LINFATICO	REVISAR SANGRADO LEVE

Figura 95

Subjetivo	Objetivo	Análisis y Plan	Ordenes Medicas	Formulación	Evolución	Formatos	Partograma	Salida
-----------	----------	-----------------	-----------------	-------------	------------------	----------	------------	--------

Figura 96

Signos Vitales:

Para la evolución de signos vitales se tienen las siguientes opciones para diligenciar:

- Signos Básicos
- Medidas Antropométricas
- Escalas (Scores) con Indicadores de Pronóstico
- Otros

Se utilizan de igual forma a como se describió en forma previa en este manual, en Objetivo, consignando la información actualizada.


Una vez se diligencia Toda la información se confirma con click en  que se refleja en la tabla de resumen o grilla de la parte inferior

Figura 97

Ctvo.	Descripción	Estado Enf. Renal	Tasa desde	Tasa hasta
1	Daño renal I con PG normal		90	99.9
2	Daño renal II con PG ligeramente disminuido		60	89
3	PG moderadamente disminuido		30	59
4	PG gravemente disminuido		15	29
5	Fallo renal		1	14


Figura 98

Fecha Hora	N° Historia clínica	Folio	Pr. Sist.	Pr. Diast.	Pre. Med.	Temp.	Via Tem.	Pulso	FC	FR	Peso	Glasgow	Sat. Or	Valor E. Neu	Tal Est. Hid.	Ind. A
25/07/2016 11:11:11	52066542	26	80	68	72	39,00	1	0	80	35	0,00	0	0	0	0,00	Hidratado
19/07/2016 17:04:56	52066542	22	69	64	65	39,00	1	79	82	85	0,00	4	65	0	Normal	180,00
19/07/2016 14:41:53	52066542	20	120	80	93	32,00	1	0	30	20	0,00	0	20	0	0,00	Hidratado
19/07/2016 11:49:24	52066542	19	120	80	93	32,00	1	0	90	20	0,00	0	90	0	Normal	0,00
16/06/2016 16:28:13	52066542	10	120	80	93	36,00	2	20	80	20	80,00	0	90	0	120,00	Hidratado

Figura 99

Examen Físico:

Para diligenciar la evolución en cuanto al examen físico, se escribe la información actualizada en los campos dados, que previamente fueron parametrizados por la institución

No olvidar confirmar, dar click en 

Parte	Observaciones
Cabeza	
Cuello	
Torax	
Abdomen	
Extremidades superiores	
Extremidades inferiores	

Figura 100

Gestación Actual:

Se realiza el registro de la Evolución en cuanto a la Gestación actual para actualizar los signos, síntomas y resultados de las pacientes en embarazo.

Teniendo en cuenta:

Gestación Actual con Datos Generales de la Gestación y Detalles de la Gestación

The screenshot shows the 'Gestación Actual' form with the following sections:

- Datos Generales Gestación:** Includes fields for 'Consecutivo de Gestación' (3), 'Fecha de Registro de Gestación' (27/07/2016), 'Primera Fecha Probable de Parto' (21/09/2016), 'Edad Gestacional' (34,4 Sem), 'Fecha de Última Menstruación FUM' (27/05/2016), 'Edad Gestacional Ecografía' (25,0), 'Confiable?' (checkbox), 'Peso' (0 Kg), and 'Talla' (0 Cms).
- Signos de Alarma:** Fields for 'Movimientos Fetales', 'Sangre', 'Fecha de Próxima Cita', 'Presenta sangrado?', 'Tensión Arterial (S/D)', 'Frecuencia Cardíaca Fetal', 'Inmunizaciones?', 'Fecha Probable de Parto', and 'Altura Uterina'.
- Detalles Gestación:**
 - Hábitos:** Includes checkboxes for 'Tabaquismo?', 'Alcoholismo?', 'Violencia?', and 'Drogas?'.
 - Otros:** Includes checkboxes for 'Realizó examen de mamas?', 'Realizó examen odontológico?', 'Realizó Consejería Lactancia Materna?', 'Realizó Preparación para el Parto?', and 'Realizó tratamiento Sifilis?'.
- Registro de Atenciones:** A table with columns: 'Folio', 'Ingreso', 'Fecha Atención', 'Edad Gest.', 'Peso', 'Talla', 'Tensión Art. Diast.', 'Tensión Art. Sist.', 'FC', 'Altura Uterina', 'Sangre', 'Inmunizaciones', 'Presentación', 'Movimiento Fetal', 'Cons. Lactancia', and 'Ex. d.'. The table contains one row of data.

Figura 101

También los Procedimientos. Como se describieron en el capítulo de Objetivo

The screenshot shows the 'Gestación Actual' form with the 'Procedimientos' section expanded, displaying various medical tests and their results:

- Antirubeola:** Previa, No Sabe, Embarazo, No.
- Antitetánica:** Vigente (checkbox), Si/No, 1 Dosis, 2 Dosis.
- Cérvix:** Inspección Visual, PAP, COLP, Normal, Anormal, No se Hizo.
- Toxoplasmosis:** < 20 Sem IgG, > 20 Sem IgG, * Consulta IgM, No se Hizo.
- VIH:** < 20 sem, > 20 sem, Realizado?, Solicitado?.
- Hb:** Hb < 20 sem, Hb >= 20 sem, Resultado, Fe, Folicos, Solicitado?.
- VDRL/RPR, Sífilis FTA, VDRL/RPR, Proteinuria:** < 20 sem, >= 20 sem, Resultado, No real.
- Chagas:** < 20 sem, >= 20 sem, Resultado, >= 105 gr/dl.
- Paludismo:** < 20 sem, >= 20 sem, Resultado, No se hizo.
- Bacteriuria:** < 20 sem, >= 20 sem, Resultado, No se hizo.
- Glicemia en Ayunas:** < 20 sem, >= 20 sem, Resultado, >= 105 gr/dl.
- Test Sullivan, Estreptococo B:** < 20 sem, >= 20 sem, Resultado, No se hizo.

Figura 102

Resultados:

Se tienen las mismas opciones que en el menú Objetivo, es decir:

- Paraclínicos
- Procedimientos QX
- Valoraciones y Controles
- Imágenes HC

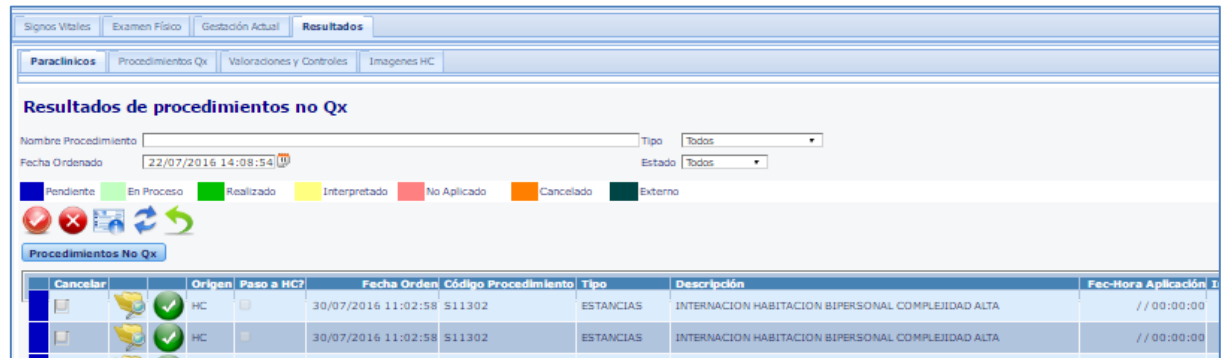


Figura 103



Figura 104

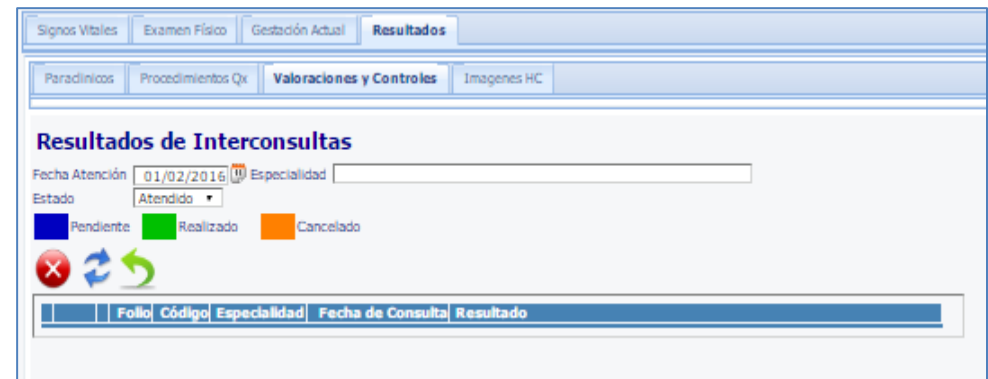


Figura 105

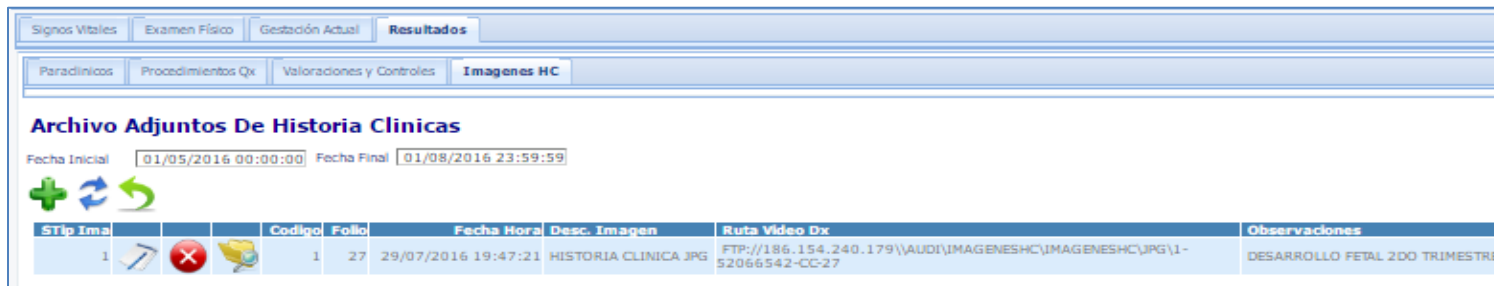


Figura 106

Análisis y Plan

El profesional puede evolucionar Análisis y plan revisando y ajustando las pautas para el plan y seguimiento al paciente.

En esta pestaña se encuentra, de igual forma a lo visto en Análisis y Plan Previamente:

- Registrar Diagnóstico
- Análisis
- Plan
- Monitoreo
- Valoración Pre anestésica

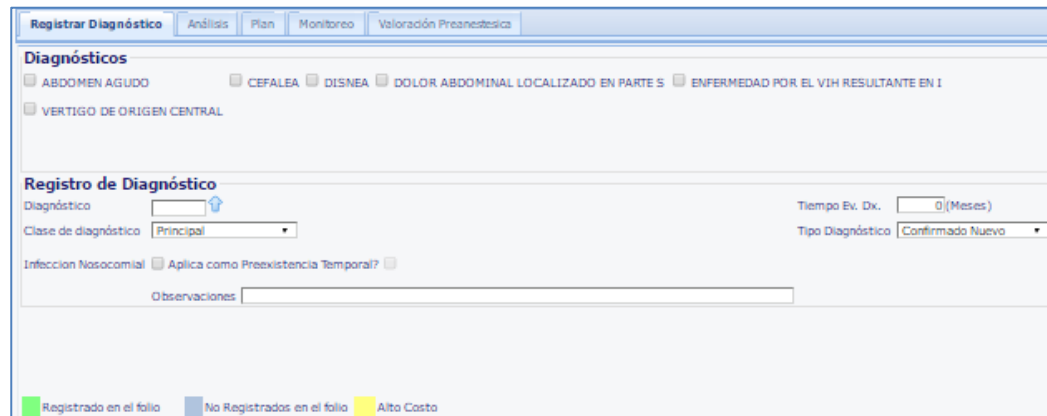


Figura 107



Figura 109

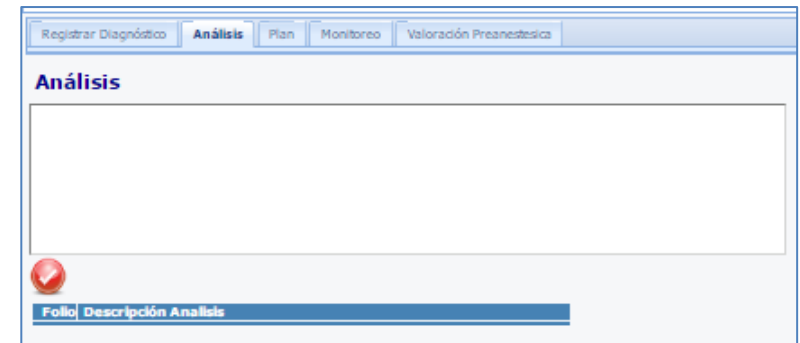


Figura 108

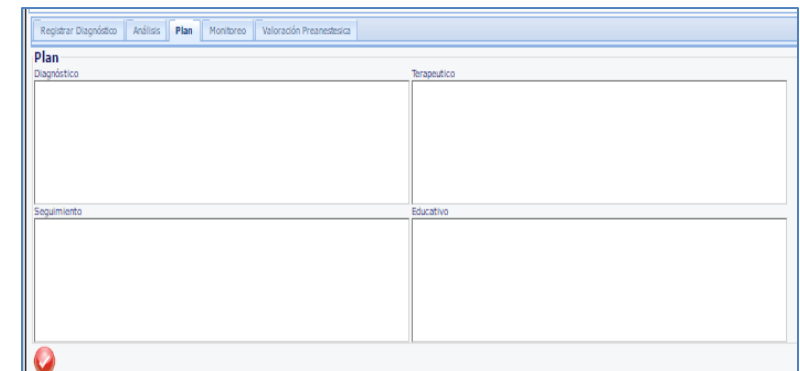


Figura 110

Ordenes Médicas

Para evolucionar las órdenes médicas dependiendo de los resultados y reacciones observadas hasta este momento.

Está compuesta por las siguientes pestañas, de manera similar a Ordenes Médicas:

- Paraclínicos
- Dietas – Recomendaciones
- Incapacidades
- Valoraciones y Controles
- PYP
- Plan de Tratamiento

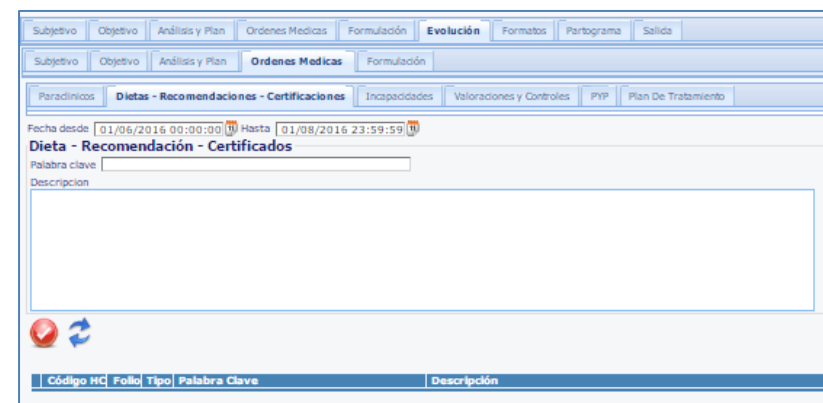


Figura 112

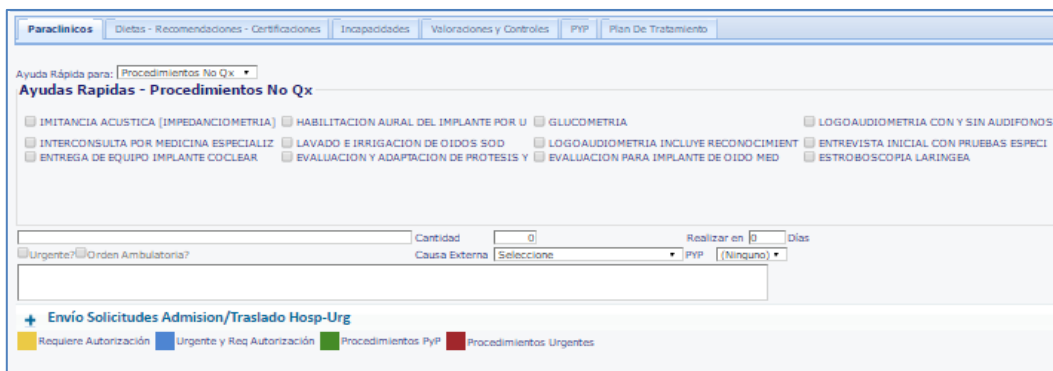


Figura 111



Figura 113

Formulación

Para realizar la evolución en cuanto a la formulación de medicamentos, infusiones y relacionados

Se compone de:

- Formulación de Medicamentos
- Formulación de Infusiones

Control de Medicamentos. Que se maneja de igual forma que en Formulación, como se explicó previamente.

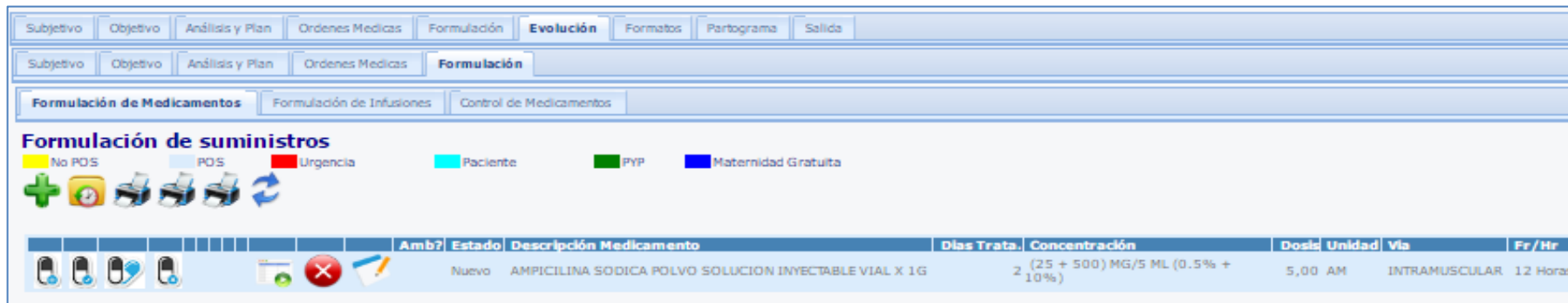
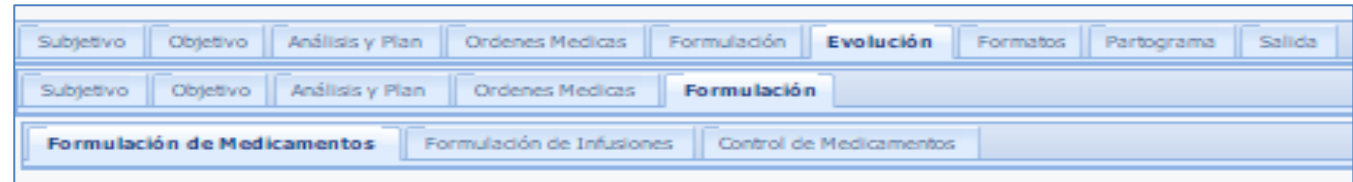


Figura 114



Figura 115



Figura 116

Figura 117

FORMATOS

En este menú se generan las consultas sobre los formatos que se han generado en la historia clínica del paciente. Para buscarlos se utilizan los filtros:

- Fecha Desde - Hasta: fechas límite para realizar la búsqueda
- Formato: Seleccionar de la lista desplegable el tipo de formato a buscar, parametrizado en el sistema
- Cuadro de chequeo Cargar formatos de todas las especialidades: marcar este cuadro para traer a la búsqueda Todos los formatos

Se pueden generar los Formatos:

Tipo: Elegir entre: Formato notificación DX, Historia clínica general, Plan de tratamiento, etc ; son las opciones habilitadas
 Generar: Lista de las opciones de los formatos existentes del tipo que seleccionó, elegir y dar clic en **Generar** para poder visualizar y diligenciar dicho formato

Una vez generado, se guarda la información en la tabla informativa de la parte inferior o grilla y se genera el Formato

AIEPI

La historia clínica AIEPI solo está estipulada por norma de la OMS a niños y niñas menores o igual a 5 años de edad, por lo tanto el ítem de AIEPI en el módulo web se activara si en la admisión es registrada en este rango de edad.

Subjetivo | Objetivo | Análisis y Plan | Ordenes Medicas | Formulación | Evolución | Formatos | **AIEPI** | Salida

Calificado Pendiente por calificar

Motivo de consulta

Motivo de la Consulta: 10 Descripción: DIARREA 1

Preg.	Descripción	Tipo de pregunta	Respuesta	Observación
1	¿CUANTO TIEMPO HACE ?	Númerica		
11	¿ TIENE VOMITO ?	Respuestas Si o No		
12	¿ CUANTOS VOMITOS HA TENIDO EN LAS ULTIMAS 4 HORAS ?	Númerica		
13	¿ CUANTAS DEPOSICIONES HA TENIDO EN LAS ULTIMAS 24 HORAS ?	Númerica		
15	¿ QUE ALIMENTOS HE RECIBIDO EL NIÑO ?	Respuestas Si o No		

- Motivo de consulta: Seleccionar haciendo click en la Flecha para que aparezca el menú de Lista de Selección motivos consulta AIEPI, colocar CODIGO

Lista de selección motivos de consulta AIEPI

Filtro Motivos de Consulta

Código:

Descripción:

Cód.	Descripción
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA
10	DIARREA 1
11	DIARREA 2

Figura 118

- Responder las preguntas que aparecen en la grilla, teniendo en cuenta que existen 4 tipos de respuestas que son parametrizadas según el tipo de pregunta:
 - Pregunta y respuesta abierta
 - Pregunta y respuesta SI/NO
 - Pregunta y respuesta de selección múltiple
 - Pregunta y respuesta numérica

Para responder se debe hacer click en el icono

Y luego confirmar la respuesta



Respuesta de AIEPI

Pregunta

Pregunta 1
Descripción
¿CUANTO TIEMPO HACE ?
Tipo de Pregunta: Numérica

Respuesta

Respuesta:



Observación

Figura 119

- Elegir la categoría entre Leve, Grave o Moderada, acerca del estado del paciente

- Seleccionar los síntomas que aparecen en la tabla según la Categoría seleccionada, dando click a la derecha de los cuadros de chequeo

CLASIFICACIÓN AIEPI

- Seleccionar el Destino hacia donde se va a dirigir el paciente: manejo ambulatorio, hospitalario, etc
- Seleccionar el factor de Riesgo: Letárgico, Inconsciente, Sangrado, Deshidratado.
- Seleccionar Ayuda: se elige la ayuda relacionada, más acorde a la solución y estabilidad del paciente, por ejemplo: administrar Zinc, dar suero para la deshidratación, enseñar a la madre los signos de alarma
- Observaciones: escribir las observaciones que apliquen y dar click en  para bajar el registro
- Diligenciar la Causa Externa y Finalidad del Servicio
- Dar click en confirmar la totalidad de la información 

Significado de los botones:



Botón de modificación de folio AIEPI



Botón de eliminación de folio AIEPI



Botón de consulta de folio AIEPI

The screenshot shows the AIEPI classification interface. At the top, there is a 'Categoría' dropdown set to 'LEVE'. Below it is a table of symptoms with columns 'Síntoma' and 'Descripción'. The selected symptom is 'OJOS HUNDIDOS'. The 'Clasificación AIEPI' section includes 'Diagnóstico Aiepi' (DIARREA CON ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION), 'Destino' (MANEJO AMBULATORIO), 'Factor de riesgo' (Deshidratado), and 'Ayuda' (ADMINISTRAR ZINC). The 'Observaciones' field contains the text: 'SE DAN INDICACIONES SOBRE COMIDA QUE PUEDE Y NO PUEDE CONSUMIR EL MENOR. SE SUSPENDE LECHE POR DOS DIAS'. At the bottom, there is a table with columns 'Cod. Ayuda' and 'Descripción', and a summary table with columns 'Folio', 'Motivo de consulta', 'Categoría', 'Diagnóstico Aiepi', and 'Destino'.

Síntoma	Descripción
13	LETARGICO O INCONCIENTE
14	OJOS HUNDIDOS
15	NO PUEDE BEBER O BEBE CON DIFICULTAD
16	EL PLIEGUE CUTANEO SE RECUPERA MUY LENTAMENTE (MENOR A 2 SEGUNDOS)

Cod. Ayuda	Descripción
4	DIARREA 1

Folio	Motivo de consulta	Categoría	Diagnóstico Aiepi	Destino
4	DIARREA 1	LEVE	DIARREA CON ALGUN G...	MANEJO AMBULATORIO

Figura 120

Figura 121

PARTOGRAMA

El parto grama solamente está disponible para las mujeres embarazadas,

Es una herramienta para la medición, control y registro de los diferentes factores que afectan el parto, incluso permite realizar gráficas del mismo

En el instructivo I-HOS-043_A se puede consultar parametrización y explicación del mismo

SALIDA

En esta pestaña se diligencian los datos de salida del paciente, esta Alta médica se tendrá en cuenta para procesar el Alta administrativa y que el paciente complete su proceso hasta la facturación.

En esta pestaña se tiene:

- Salida
- Orden Médica
- Formulación

Orden médica y formulación se manejan como lo descrito anteriormente en los Menús principales

La parte de la Salida está descrita con detalle de la siguiente forma:

Subjetivo	Objetivo	Análisis y Plan	Órdenes Medicas	Formulación	Evolución	Formatos	Partograma	Salida
-----------	----------	-----------------	-----------------	-------------	-----------	----------	------------	---------------

Salida

Datos Paciente

Fecha de Ingreso 30/07/2016 Fecha y Hora de Salida 01/08/2016 20:34:08 Extensión Estancia

Médico Autoriza Salida HOSVITAL MEDICO CALIDAD Especialidad Médico Salida MEDICINA GENERAL

Estado Salida

Causa de Muerte

Fecha Muerte Causa de Muerte
Médico Firma Certificado de Defunción N° Certificado de Defunción

Datos de Salida Clínica

Diagnostico de Ingreso R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR

Diagnóstico de Salida

1er Diagnóstico ANEMIA POSTHEMORRAGICA AGUDA No tiene Dx. Relacionados
2do Diagnóstico 3er Diagnóstico

Complicación

Motivo de Salida

Horas de Observación Parto Real Urgencia?

Figura 122

- Fecha y Hora de Salida: ingresar la fecha y hora de salida del paciente
- Casilla de chequeo Extensión Estancia: Si el paciente cumple esta condición marcar la casilla
- Medico Autoriza Salida: escribir el nombre del médico que la autoriza
- Especialidad medico salida: seleccionar de la lista desplegable la especialidad
- Estado salida: seleccionar Vivo/ Muerto, si es Muerto debe registrar y diligenciar el registro de defunción: Fecha de muerte, Causa de Muerte, Medico firma certificado y No Certificado defunción
- 1er DIAGNOSTICO: Diagnóstico Salida: Colocar palabra clave de Diagnóstico principal y el sistema lo completará
- Casilla de chequeo No tiene DX relacionados: utilizar cuando aplique
- 2do y 3er DIAGNOSTICO: se deben colocar en caso que el paciente tenga diagnósticos relacionados o complementarios
- Complicación: Colocar, especificar si se ha presentado alguna complicación
- Motivo de salida: elegir Orden Médica, Salida Voluntaria, Remisión u Hospitalización son las opciones
- Horas de Observación: digitar el número de horas en observación que estuvo el paciente en urgencias

- Casilla de chequeo por parto. Marcar la casilla si se atendió un parto
- Para la remisión se deben diligenciar algunos datos adicionales: Establecimiento remitido y Motivo de remisión médica

Motivo de Salida	Remisión	Establecimiento Remitido	CLINICA DEL COUNTRY
Horas de Observación	2	Parto	<input type="checkbox"/> Real Urgencia? <input type="checkbox"/>
Motivo de remision medica	REALIZAR EXAMEN ESPECIALIZADO DE RESONANCIA MAGNETICA		

Figura 123

Finalmente se da click en **CONFIRMAR** 

APOYO TERAPEÚTICO

En la Aplicación de Hosvital HIS Web, se encuentra el menú de Apoyo Terapéutico. Se debe recordar que este es un proceso de apoyo a la Historia Clínica, puesto que se administran, ejecutan y controlan los procedimientos Ordenados en la HC como Terapias, Dietas, Laboratorios clínicos, Radiografías, exámenes diagnósticos o especiales.

En Apoyo Terapéutico se encuentran:

- Procedimientos Apoyo Terapéutico
- Dietas
- Interconsultas

HISTORIA CLINICA			
APOYO TERAPEUTIC			
PROCEDIMIENTOS APOYO TERAPEUTICO	DIETAS	INTERCONSULTAS	
CONSULTA EXTERNA			
HISTORIA CLINICA	AGENDA CONSULTORIO		
INTRAHOSPITALARI			
HISTORIA CLINICA			

Dietas

Este menú permite consultar las dietas que históricamente se le han formulado al paciente. Para lograr esta información en la pantalla de **Consulta Dietas** se deben diligenciar los siguientes datos:

- Servicio: Donde se encuentre la persona o se haya encontrado: Hospitalización, Consulta Externa, Urgencias
- Cedula: Número de identificación del individuo
- Documento: Tipo de documento: cédula, registro civil, tarjeta de identidad, cédula extranjera, etc.
- Pabellón: Ubicación donde se encuentra, se selecciona de la lista desplegable
- Paciente: Se puede colocar el nombre o parte del nombre para que el sistema lo complete
- Dieta: si se quiere buscar información por el nombre o tipo de dieta
- Fecha Inicial – Fecha Final: Rangos de tiempo donde se busca la información
- Una vez completada la información se da CLICK en Actualizar
- Para imprimir información se puede utilizar el icono de Impresora, es posible seleccionar solamente un registro de la información y dar click en Imprimir, así mostrará el PDF de la información

Consulta Dietas

Sede: SEDE SQL 001 HOSVITAL DW Servicio: Urgencias

Cedula: 1010101010 Documento: CC

Pabellon: Todos Los Pabellones Paciente: _____

Dieta: _____ Fecha Inicial: 01/01/2016 21:09:12

Fecha Final: 01/08/2016 21:08:55

Tipo Doc.	Cedula	Nombre	Cama	Folio	Fecha	Dieta	Descripción Dieta	Pabellon
CC	1010101010	DIEGO RAUL DIESTEFANO		54	27/04/2016 09:13:11	DIETA HIPOSDICA	1. Los mismos que en la dieta hiposódica normal: Sal de cocina y mesa, sal yodada, sal marina, sal de apio. Carnes saladas, ahumadas y curadas. Pescados ahumados y secados, caviar. Embutidos en general. Quesos en general (se permiten los tipos Burgos, Villalón). Pan y biscotes con sal (excepto cantidades menores de 50 g). Aceitunas. Sopa de sobre, purés instantáneos, cubitos, patatas chips. Zumos de hortalizas envasados. Frutos oleaginosos salados. Pastelería industrial. Mantequilla salada, margarina con sal. Agua con gas, bebidas gaseosas en general. Condimentos salados, mostazas, pepinillos, conservas en vinagre, ketchup, ablandadores de carne. Conservas en general.	A CONS. URGENCIAS SEDE 001
CC	1010101010	DIEGO RAUL DIESTEFANO		54	27/04/2016 09:13:11	DIETA LIQUIDA	Agua Jugos de fruta, incluyendo néctares y jugos con pulpa Mantequilla, margarina, aceite, crema, flan y budín Helado común, yogur helado y sorbete. Helados de fruta y paletas de helado Azúcar, miel y jarabes Caldo de sopa (caldo, consomé y sopas cremosas coladas, pero SIN sólidos) Refrescos, como la gaseosa de jengibre y Sprite Gelatina (Jell-O) Boost, Ensure, Resource, Sustacal y otros suplementos líquidos Té o café con crema o leche y azúcar o miel	A CONS. URGENCIAS SEDE 001
CC	1010101010	DIEGO RAUL DIESTEFANO		54	27/04/2016 09:13:11	DIETA ENTERAL	ENSURE via soanda nasogastrica	A CONS. URGENCIAS SEDE 001
CC	1010101010	DIEGO RAUL DIESTEFANO		54	27/04/2016 09:13:11	SIN DIETA	Paciente en observación, se recomienda no dieta, en espera de resultados clínicos para tratamiento. paciente para ser llevado a cx	A CONS. URGENCIAS SEDE 001

HhcConDie

Figura 124

Interconsultas Pendientes

Interconsultas Pendientes														
Sede: SEDE SQL 001 HOSVITAL DW Tipo Atención: URGENCIAS Cama: Estado: Todos														
No. Identificación Usuario: Tipo Documento: Nombre:														
<input type="checkbox"/> Ordenada <input type="checkbox"/> Atendida <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Orden Ambulatoria														
				Auto?	Ingreso	Cama	Tipo Doc.	No. Identificación	Folio	Hora Sol. →	# Autor. Ext.	Paciente	Contrato	Pabellón
					1		RC	1023879506	3	25/07/2014 19:19:00	0	CELESTE ANDREA HERNANDEZ PICO	PARTICULARES	D OBS. PEDIATRIA S 001
					29		CC	161616	1	06/08/2014 11:02:05	0	RUPERTO DE JESUS ARTEAGA GUZMAN	PARTICULARES	B OBS. ADULTO HOM SEDE 001
					6		CC	1019028658	22	06/11/2014 15:26:08	0	VANESA CASTAÑEDA GONZALEZ	E.R.S. SANITAS - FACTURACION USUARIO	A CONS. URGENCIAS 001

Figura 125

Este menú permite averiguar mediante el uso de sus filtros de información, cuál es el estado de las Interconsultas formuladas en la institución, desde cual servicio fueron ordenadas, especialidades a atender, qué contratos las originan.

También permite



- Acceder a la Historia clínica
- Autorizar la Interconsulta
- Procesar la Interconsulta

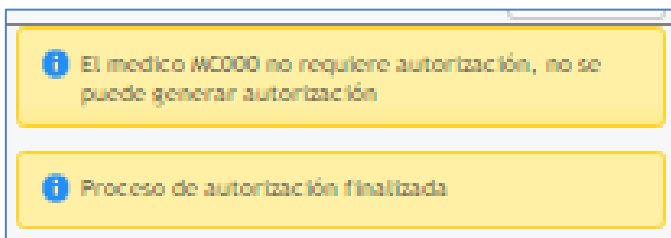
Los campos a diligenciar:


- Sede: Ubicación de donde se desea averiguar las interconsultas pendientes
- Tipo de Atención: Seleccionar entre Ambulatorio, Urgencias, Hospitalización
- Cama. Si es conocido el número de la Cama
- Estado: si la cita se encuentra Ordenada, Atendida o Cancelada
- Número de Id del usuario, Tipo de documento y Nombre: en caso de realizar una búsqueda más particular


Al tener los datos dar click en **ACTUALIZAR**, entonces se generará una Lista de Resultados


Esta lista trae toda la información de la interconsulta y el paciente como: Si está autorizada, el No ingreso, Cama, No ID, Folio, Hora de Solicitud, No autorización externa, Nombre del paciente, Tipo de contrato, Pabellón, Especialidad, Tipo atención, No Autorización interna

- Para la **Autorización de las Citas**, se tiene en cuenta que solamente las ATENDIDAS pueden ser autorizadas. Se debe dar click en el Icono respectivo y el sistema confirma con un Mensaje.




- Para **Procesar la Interconsulta**, se tiene en cuenta que las citas ORDENADAS son las que se pueden procesar. Se debe dar click en el Icono correspondiente  y el sistema muestra el siguiente formulario:



Interconsultas 

Nº Historia Clínica 04102014 Tipo de Documento CC Paciente PRUEBAS PRUEBAS IMAGENES
 Folio Autoriz? Aplicar Fec-Hora Aplicación Especialidad Observaciones de Orden
 Z 01/08/2016 21:37:55  CIRUGIA GENERAL

Resultados
 NORMAL ▾
 PACIENTE APTO PARA PROCEDIMIENTO

Diagnósticos

Diagnóstico
 Clase de Diagnóstico Relacionado ▾ Tipo de Diagnóstico Confirmado Nuevo ▾
 Observaciones 

Item	Código	Diagnóstico	Clase de Diagnóstico	Tipo de Diagnóstico	Observaciones
 	1 M796	DOLOR EN MIEMBRO	Principal	Confirmado Nuevo	PRONTA INTERVENCION POR POSIBLE HERNIA NO




  

Figura 126

Se diligencian los siguientes Campos para que al confirmar la información quede registrada y se visualice en la Tabla de Resumen colocada al Final:

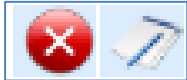
- Casilla de chequeo Autorizado?
- Casilla de chequeo Aplicar Interconsulta
- Fecha y Hora de aplicación: Ubicar la fecha y hora de la atención

- Resultados: seleccionar de la Lista desplegable
- Observaciones: Diligenciar la conclusión de la Interconsulta con el especialista

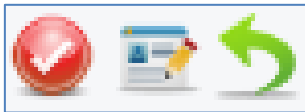
DIAGNOSTICO:

- Diagnóstico: colocar palabra relacionada o nombre completo del diagnóstico
- Clase diagnóstico: seleccionar de la lista desplegable: Relacionado, Descartado o Anatomo- patológico
- Tipo de diagnóstico: seleccionar de la lista Confirmado Nuevo, confirmado repetido, impresión diagnóstica, descartado
- Observaciones: colocar los comentarios o anotaciones
- Confirmar la información

Se genera la información en la lista.



- Permiten Eliminar o
- Modificar diagnóstico



- Confirmar información
- Acceder a Historia Clínica
- Atrás



- Imprimir Resultado
- Imprimir Autorización

Procedimientos Pendientes pacientes

Esta pantalla permite revisar el listado de procedimientos pendientes a practicar en los pacientes, por sede, teniendo en cuenta los filtros de selección de información:

Procedimientos pendientes pacientes

Sede: SEDE SQL 001 HOSVITAL DW
 Solicitado después de: 15/02/2016 08:22:00
 Cedula: Tipo Documento:
 Servicio: Todos los Pabellones
 Cama:
 Distribuido: Seleccione
 Prioridad: (Ninguno)

Tipo Atención: Urgencias Tipo de Procedimiento: Procedimientos No Qx
 Estado: Pendientes
 Nombre:
 Procedimiento:
 Médico:
 Urgentes:

Tiempo de Espera
 < 6 Horas >= 12 Horas >= 6 Horas Autorización en Trámite

Estado
 En Proceso Urgente Con Insumos Realizado Interpretado

Prio				Autoriz	C. Inf?	Dist	# Documento	Tipo Doc.	Paciente	Proced	Descripción Proced.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	10000954	TI	JULIAN DAVID DIAZ LOPEZ	954107-02	AUDIOMETRIA TONAL CON AYUDA AUDITIVA
				<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	10000954	TI	JULIAN DAVID DIAZ LOPEZ	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA

- Tipo Atención, seleccionar entre las opciones: Tratamiento Especial, Urgencias, Hospitalización, Ambulatorio
 -Tipo Procedimiento: elegir en la lista desplegable entre Laboratorios, Unidad Transfusional, Terapias, Procedimiento No Qx, Inmunizaciones, Imágenes Diagnósticas, Procedimientos Qx

Figura 127

- Solicitado después de: Fecha y hora de búsqueda datos
- Estado: Pendientes, en Proceso, Realizados, Interpretados, No Realizados
- Cédula: colocar número de la cédula del paciente si se requiere una búsqueda puntual
- Tipo documento: seleccionar entre CC, TI, CE, RC, etc
- Servicio: Nombre del pabellón
- Procedimiento: nombre del procedimiento para búsqueda puntual
- Cama: Número de cama
- Médico: Colocar nombre del médico
- Distribuido: elegir entre Distribuido y No distribuido
- Cuadro de chequeo Urgentes: seleccionar para buscar procedimientos urgentes
- Prioridad: elegir la prioridad de aplicación del procedimiento entre Alta, Media, Baja

Al diligenciar todas las casillas dar click en Actualizar; de esta forma aparecerá la información en la tabla de resumen; en esta tabla se encuentran los campos: Autorización, casilla confirmación consentimiento informado, Distribuido o no, No Documento, Tipo documento, Nombre del paciente, Código y descripción del procedimiento, Contrato, Observación, No autorización, Fecha de la Orden, No Cama, Folio, Estado del procedimiento, Nombre del médico, pabellón, Médico Distr, Programa PYP



- Imprimir Resultados
- Imprimir formatos
- Procesar o atender el procedimiento Pendiente

En esta pantalla además de consultar los Procedimientos pendientes; se pueden atender:

Al aplicar los procedimientos, aparece una pantalla con el título del procedimiento a realizar, por ejemplo “Laboratorios Pendientes”; que contiene el No de Historia Clínica, el nombre del paciente, su edad, Folio, si el procedimiento se encuentra Autorizado. Se deben diligenciar los siguientes campos:

-Aplicar: las opciones Aplicar, No aplicar y En Proceso

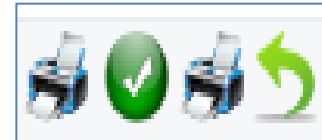
Figura 128

- Observaciones: consideraciones relevantes sobre el procedimiento
- Fecha y hora de aplicación: colocar la adecuada
- Tipo: Seleccionar entre los formatos disponibles (Historia Clínica General o Plan de Tratamiento)
- Generar: elegir entre las opciones de formato
- Resultados y Conclusiones: Diligenciar los resultados y conclusiones del examen

Por último dar click en Confirmar

El sistema mostrará mensaje para elegir el formato en pantalla, se confirma y se genera en PDF, desde donde es posible imprimirlo.

-Reportes Historia Clínica



- Confirmar
- Imprimir
- Atrás

A continuación, algunas pantallas según procedimiento, todas son de diligenciamiento similar:

Terapias Pendientes por Aplicar: HC

Nº Historia clínica: 010915 Tipo Doc.: CC Paciente CAMILO E Edad 20 AÑOS

Folio: 10 Cons. 2 Autoriza? Aplicar Ninguno En Proceso Fecha de Orden 02/02/2016 08:14:19

Procedimiento: TERAPIA FISICA

Observaciones: 1 RA SEMANA DE TRATAMIENTO T

Fec-Hora Aplicación: 02/08/2016 10:41:34 Descripción TERAPIAS Cons. de Orden

Tipo: Historia clinica General | Generar | Ninguno

Resultados

Prueba	Descripción de la prueba	Resultado	Und. Medida	Descripción
1	T. FISICA	PRESENTA DETRACCION		

Conclusiones

CONCLUSION

PARA EL FINAL DE SEMANA DE TRATAMIENTO SE ESPERA QUE LA DETRACCION HAYA DESAPARECIDO

Figura 129

Procedimientos No Qx. Pendientes por Aplicar

Nº Historia clínica: 79864 Tipo Doc.: CC Paciente MARIA VALENTINA RUIZ Edad 29 AÑOS

Folio: 1 Cons. 1 Autoriza? Aplicar Ninguno En Proceso Fecha de Orden 12/05/2016 09:47:55

Procedimiento: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDILOGIA +

Observaciones: DESCARTAR DAÑO EN EL TIMPANO

Fec-Hora Aplicación: 02/08/2016 10:46:02 Descripción PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS Cons. de Orden

Tipo: Historia clinica General | Generar | Ninguno

Embarazada? Consecutivo de Gestación **Consecutivo de Gestación**

Resultados

PRESENTA LEVE DESGASTE O ENCISION EN LA MEMBRANA TIMPANO OÍDO DERECHO

Conclusiones

CONCLUSION

SE CONCLUYE TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICO, NO EXPOSICIÓN A PISCINAS O NADAR BAJO EL AGUA POR 6 MESES

Diagnósticos

Diagnóstico: []

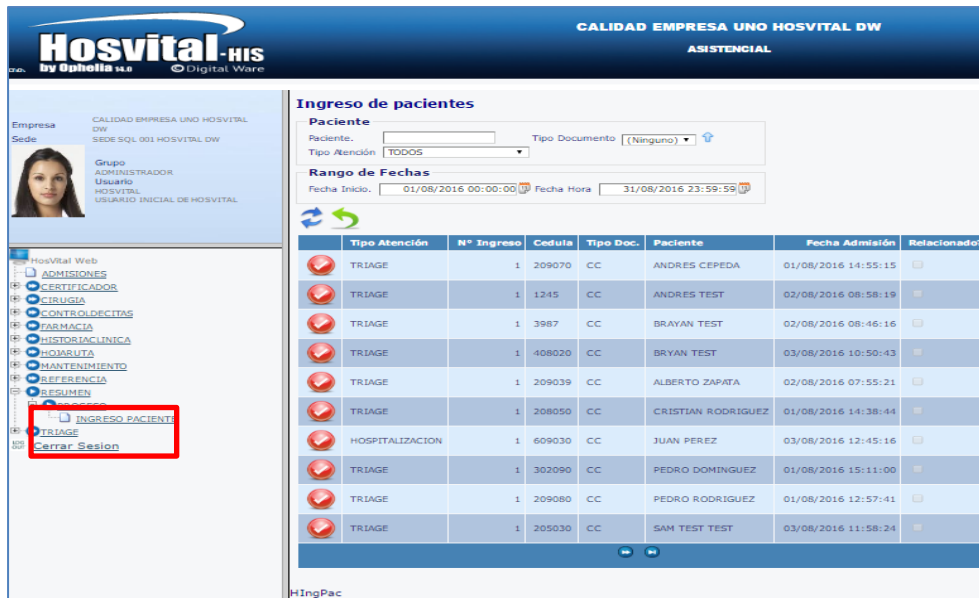
Clase de Diagnóstico: Relacionado | Tipo de Diagnóstico: Confirmado Nuevo

Observaciones: []

Item	Código	Diagnóstico	Clase	Tipo	Observaciones
1	H609	OTITIS EXTERNA SIN OTRA ESPECIFICACION	Principal	Confirmado nuevo	TRATAMIENTO POR 15 DÍAS, CONTROL

Figura 130

MENÚ RESUMEN



En este menú se accede a tener los resúmenes y formatos de la Historia Clínica partiendo del informe de Ingresos:

Se accede por la opción Resumen/ Ingreso Paciente El sistema habilita la pantalla Ingreso de Pacientes (HIngPac) Para realizar la búsqueda de Ingresos de pacientes, se completan los datos de los Filtros:

- Paciente: debe colocarse número de identificación
- Tipo Documento: cédula (CC, CI), registro civil (RC), etc

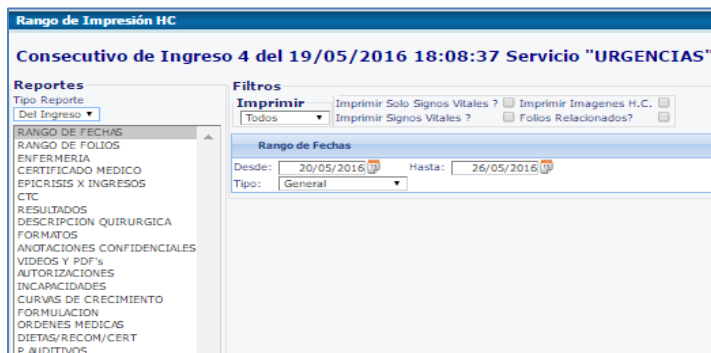
Mediante el icono se podrá acceder a la lista de diagnósticos

- Tipo de Atención: Urgencias, Ambulatorio, Hospitalización, Triaje, Tratamiento especial, etc.
- Rango de Fechas: establecer las Fecha Inicio y Fecha final

Se da click en el botón Actualizar, y se muestran los resultados en la tabla que contiene los campos Tipo Atn, No ingreso, cédula, tipo doc, Paciente, Fecha admisión y cuadro de chequeo de relacionado



Figura 131



Se elige el ingreso de un paciente dando click en el icono y aparece la pantalla de Rango de Impresión HC, con las opciones de reportes y Filtros.

- Tipo Reporte: Elegir entre las opciones: Del Ingreso (puntual del folio actual), o Histórico (traer información de fechas anteriores). De esta forma también se limitarán los filtros, mostrando más o menos opciones
- Filtros: Según el reporte elegido los filtros aparecen como opciones adicionales para limitar el informe resultante

Figura 133

Rango de Fechas y Rango de Folios:

Se imprimen los folios por fecha o por número de folio, entre los filtros están:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadros de chequeos para imprimir signos vitales, Imágenes diagnósticas o incluir folios relacionados
- Para Rango de Fechas: Desde y Hasta: Rango de fechas desde las cuales se quiere imprimir
- Tipo: seleccionar entre los formatos disponibles para impresión
- Para Rangos de Folios: Desde y Hasta: Rango de número de folios que se van a imprimir.
- Cuadro de chequeo para Impresión Completa

Figura 134

Enfermería:

Mediante esta opción se pueden imprimir los formatos relacionados con la atención y planeación de Enfermería que se presenta en la HC. Los filtros son:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo para Folios Relacionados
- Tipo: Elegir en la lista desplegable entre: Aplicación de Medicamentos, Monitoreos, Cuidados de Enfermería, Control de Líquidos, Notas de Enfermería, Hoja de Gasto
- Desde y Hasta: Rango de fechas desde las cuales se quiere imprimir

Figura 135

Certificado Médico:

Los certificados médicos del paciente seleccionado se pueden obtener en esta opción. Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo para Folios Relacionados

Epicrisis por Ingresos:

Las Epicrisis, que son los juicios o análisis críticos de un caso clínico una vez completado, pueden imprimirse en esta opción, Filtros:

-Reporte: Según se elija entre Histórico o de Ingreso el sistema mostrará la información disponible

-Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos

-Cuadro de chequeo para Imprimir solamente Signos vitales o incluir los Signos vitales

-Tipo de Epicrisis: elegir entre Automática / Manual

-Título: seleccionar entre Epicrisis, Resumen de Historia, Urgencias, Tratamiento especial o Triage

Se visualiza una tabla o grilla con los folios de donde se puede tomar la información

Se selecciona y dar click en las opciones de Impresora:



Imprimir, e Imprimir Epicrisis CDA (izquierda a derecha)

Filtros

Imprimir Imprimir Solo Signos Vitales ?
 Todos Imprimir Signos Vitales ?

Epicrisis por Ingresos

Tipo de Epicrisis Automática Título Epicrisis

		Fecha Ingreso	Ingresos	Tipo de Ingreso
		23/05/2016 08:00:00	5	Ambulatorio
		23/05/2016 07:30:00	6	Ambulatorio
		06/06/2016 10:05:00	7	Ambulatorio
		15/06/2016 13:20:00	8	Ambulatorio
		15/06/2016 13:40:00	9	Ambulatorio
		14/06/2016 14:24:39	10	Hospitalizacion

Figura 136

CTC:

Los formularios para la solicitud de autorización radicados ante el Comité Técnico Científico, de Procedimientos y Suministros que no estén incluidos en los cubrimientos para el Plan Obligatorio de Salud. Opciones:

-Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos

-Cuadro de chequeo para Folios Relacionados

Se mostrarán los resultados en la tabla o grilla, de cada formato CTC disponible discriminado por Folio, Médico, Procedimiento / Suministro.

Se debe seleccionar el registro a imprimir y dar click sobre las impresoras

Filtros

Imprimir Folios Relacionados?
 Medicina

Comité Técnico Científico

	Folio	Código Médico	Médico	Procedimiento / Principio Activo
	43	MO002	USUARIO INICIAL MEDICO HOSPITAL USUARIO	OXIMETAZOLINA
	43	MO002	USUARIO INICIAL MEDICO HOSPITAL USUARIO	OXIMETAZOLINA
	43	MO002	USUARIO INICIAL MEDICO HOSPITAL USUARIO	OXIMETAZOLINA
	43	MO002	USUARIO INICIAL MEDICO HOSPITAL USUARIO	OXIMETAZOLINA

Figura 137

Resultados:

Para imprimir los formularios para la solicitud de autorización radicados ante el Comité Técnico Científico, de Procedimientos y Suministros que no estén incluidos en los cubrimientos. Filtros del reporte:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo para Folios Relacionados
- Cuadro de chequeo para Imprimir imágenes H.C

En Resultados:

- Desde – Hasta: Fechas de selección en la HC para la impresión de resultados
- Fecha filtro: Escoger en las opciones: Solicitud / Atención
- Tipo de Resultado: seleccionar entre los servicios. Laboratorio, Imágenes diagnósticas, Interconsultas, Terapias, Procedimientos QX/No QX, Inmunizaciones.

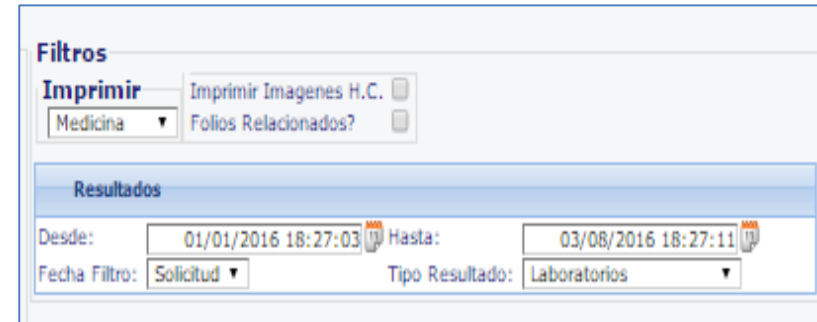


Figura 138

Descripción Quirúrgica:

La Descripción quirúrgica es el resultado de los Procedimientos o intervenciones QX que se realizaron a los pacientes en la institución

Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Rango de Fechas para Para Descripción quirúrgica: Desde – hasta

Los registros que cumplan con las características se mostrarán en la tabla de resultados de donde podrán seleccionarse para impresión, contiene los datos de No cirugía, consecutivo de ingreso y fecha de la intervención.



Figura 139

Formatos:

Los formatos que se generaron en la Historia Clínica por el menú de “Formatos”, pueden imprimirse nuevamente.

Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Reporte: Según se elija entre Histórico o de Ingreso.

Entonces el sistema mostrará la información disponible en la lista de resumen categorizando por No Folio, complementando con fecha-hora y Descripción del formato

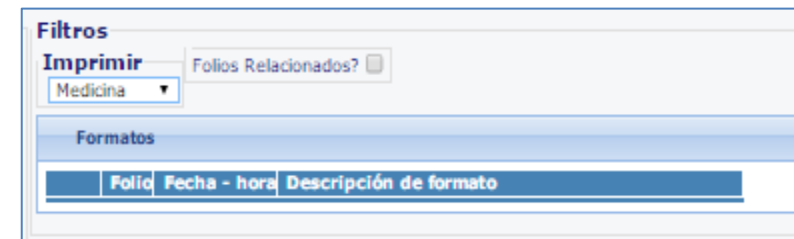


Figura 140

Anotaciones Confidenciales:

Se pueden imprimir las anotaciones Confidenciales de una Historia Clínica seleccionando este tipo de reporte.

Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo de folios relacionados

Al diligenciar la información el sistema trae los registros a la tabla de resumen categorizando por Fecha de ingreso, Tipo de ingreso, se elige el registro a imprimir y se da click sobre la impresora

Videos y PDF's:

Para visualizar los Videos y PDFs relacionados, se toma esta opción dentro del menú Resumen. Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo de folios relacionados

Autorizaciones:

Las autorizaciones que se derivan de la ejecución del tratamiento respecto a Procedimientos y Suministros, en los diferentes folios del paciente, pueden imprimirse por esta opción. Filtros que se utilizan:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo de folios relacionados
- Tipos de Reporte: Según se elija entre Histórico o de Ingreso.

El sistema trae los resultados a la tabla de resumen categorizando por Consecutivo Autorización, fecha y qué autoriza, se elige el registro a imprimir y se da click sobre la impresora

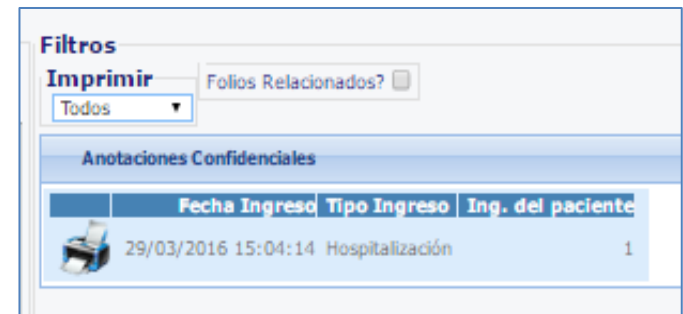


Figura 141



Figura 142



Figura 143

Incapacidades:

Las incapacidades que generan los profesionales de la salud en sus consultas, pueden visualizarse en esta opción

Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo de folios relacionados

La información llega a la tabla de resumen categorizada por Consecutivo Incapacidad, fechas, No días, Sede que expide

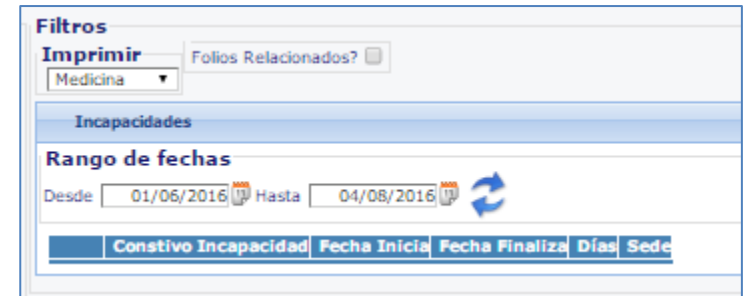


Figura 144

Curvas de Crecimiento:

Para visualizar la curva de crecimiento proyectada en los folios del paciente, se utiliza esta opción

Filtros:

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo de folios relacionados

Se encuentra disponible también en el botón de 'Gráfica Curvas de Crecimiento', en la pantalla HHisCliW2, pestaña OBJETIVO, sección de Signos Vitales. La grafica que se genera va de acuerdo a la edad del paciente y al sexo del mismo, si es femenino la gráfica es de color rosado, si es masculino, la gráfica es de color Azul.

Condiciones (Sexo y edad del paciente).

Las edades están comprendidas así: 0 a 6 meses, > 6 meses a 2 años, > 2 años a 5 años. La edad se puede verificar en la parte de arriba de la gráfica

Formulación:

Si se desea visualizar o imprimir el informe de los medicamentos recetados, se puede acceder a esta opción;

Filtros.

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo de folios relacionados



Figura 145

Ordenes Médicas

Si se desea visualizar todas las órdenes médicas que el profesional ha ordenado o recetado, se accede por esta opción

Filtros

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
- Cuadro de chequeo folios relacionados

Se observan las órdenes médicas relacionadas en la tabla de resumen, para imprimir un registro se da click en la impresora que aparece al principio de cada registro

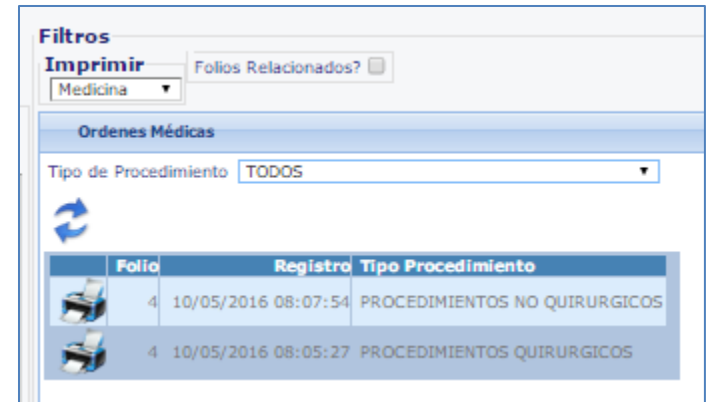


Figura 146

Dietas/ Recomendaciones/ Certificaciones:

Para visualizar los registros de las Dietas, Recomendaciones o Certificaciones, se debe utilizar esta opción

Filtros

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos
 - Cuadro de chequeo folios relacionados
 - Fecha Desde y Hasta: Colocar el rango de fecha
 - Tipo de Reporte: Seleccionar el Tipo: dietas, recomendaciones, certificados
- Resultados en la parte inferior, podrán imprimirse dando click en la impresora



Figura 147

P Auditivos:

Para visualizar los registros de exámenes de valoraciones auditivas, se escoge esta opción

- Imprimir: Clase de folios de HC Medicina, Odontología o ambos



INNOVAMOS TRANSFORMANDO LA VIDA DE LAS PERSONAS

#TecnologíaQueCambiaVidas

www.digitalware.com.co

Edificio DIGITAL WARE: Bogotá D.C., Colombia

ClL 72 # 12 - 65 Piso 2 / PBX: (571) 312 2601 Ext: 228 / 213 / 267 / 218 / ventas@digitalware.com.co

Sede Medellín, Antioquia

Cr. 43a # 7 - 50 Oficina 707 Centro Empresarial Dann 7 / PBX: (574) 312 1158 - 312 4056 / ventas@digitalware.com.co

Sede Barranquilla, Atlántico

Calle 76 # 54 - 11 Oficina 413 / Cel: 300 458 3623 - 300 240 1786

Sede Quito, Ecuador

Edificio Metro Plaza, Mezanine, Oficina 205 Av. República del Salvador y Suecia / PBX: (593) 332 6065 - 332 6197

MOVISTAR: 0999223459 / CLARO: 0997074593 / CeciliaR@digitalware.com.co