



Osakidetza
Servicio vasco de salud

PUESTO CLÍNICO HOSPITALARIO Urgencias



MANUAL DE USUARIO

Índice

1. Introducción.....	1
2. Entorno de Trabajo.....	2
2.1 Barra de Botones o Herramientas.....	2
2.2 Zona de Trabajo	3
2.3 Barra de Estado.....	3
3. Entrada a la aplicación	5
4. Panel general de urgencias activas.....	6
4.1 Identificación de Usuario	9
5. Selección de pacientes pendientes de ubicar	10
5.1 Valoración inicial del paciente.....	11
5.2 Valoración Protocolizada	12
5.3 Confirmación de la Valoración Inicial	15
5.4 Motivo de consulta.....	16
6. Peticiones de Pruebas	17
6.1 Resumen de Pruebas	19
6.2 Laboratorio	21
6.3 Radiodiagnóstico.....	26
6.4 Otras Pruebas - Sistemas Especializados sin Conexión.....	30
7. Solicitud de Interconsultas.....	34
7.1 Hoja De Consulta De La Interconsulta.....	37
8. Recuperación de altas	39
8.1 identificación	41
8.2 Asignación de enfermeras	42
9. Selección de pacientes con tratamientos pendientes	44
10. Datos generales del paciente.....	46
11. Asociación de técnicas médicas / técnicas médicas al alta del paciente	50
12. Plan de trabajo de enfermería	55
13. Firma de una actuación por parte de enfermería	58
14. Firma de una actuación de medicación por parte de enfermería	60
15. Añadir actuaciones de técnicas de enfermería	62
15.1 Evolutivo De Una Actuación De Técnica De Enfermería	63

16. Añadir actuaciones de cuidados de Enfermería	64
17. Firma de actuaciones por parte de enfermería.....	65
18. Consulta del evolutivo de enfermería.....	67
19. Añadir evolutivo de enfermería.....	68
20. Toma de constantes.....	69
21. Visualizar valoración inicial	71
22. Informe de enfermería del paciente.....	72
22.1 Selección De Prerredactados Del Informe De Enfermería.....	74
22.2 Selección De Informes De Enfermería Anteriores.....	75
22.3 Selección De Técnicas, órdenes médicas para el informe.....	77
22.4 Selección De Cuidados de enfermería	78
22.5 Selección De Evolutivo De Enfermería Para El Informe De Enfermería.....	79
22.6 Selección De Cuidados Al Alta Para El Informe De Enfermería.....	80
23. Episodios Anteriores	81
24. Abstract.....	82
25. Alta de pacientes.....	83
26. Informe De Alta Del Paciente.....	86
26.1 Selección De Prerredactados	88
26.2 Informes Previos De Infogen	89
26.3 Selección De Toma De Constantes Para El Informe De Alta.....	90
26.4 Selección De Pruebas De Analítica Para El Informe De Alta.....	91
26.5 Selección De Pruebas De Rx Para El Informe De Alta	91
26.6 Selección De Otras Pruebas Para El Informe De Alta	91
26.7 Selección De Diagnósticos Para El Informe De Alta	91
26.8 Selección De Interconsultas Para El Informe De Alta	92
26.9 Selección De Recetas Para El Informe De Alta.....	92
26.10 Selección De Actuaciones Para El Informe De Alta	92
26.11 Selección De Órdenes Médicas Para El Informe De Alta.....	93
26.12 Selección De Órdenes al alta.....	94

1. Introducción

El presente documento recoge las explicaciones de funcionamiento y uso de la aplicación informática en el área hospitalaria de Urgencias.

El módulo de Urgencias del "Puesto Clínico Hospitalario" es una aplicación informática que permite el seguimiento de todo el proceso del paciente en el área de Urgencias, interactuando sobre el sistema todos los agentes participantes en el mismo (Urgencias, Admisión, Unidad de valoración, Enfermería, Médicos, Radiología, Laboratorio, Admisión, etc.). Permite el seguimiento del ciclo del paciente en el servicio desde su ingreso, hasta el alta a domicilio, traslado a otro centro, o ingreso en el propio centro.

2. Entorno de Trabajo

El entorno de trabajo de la aplicación se basa en la pantalla principal sobre la cual, van apareciendo todas y cada una de las pantallas que ofrecen alguna opción.









Básicamente, este entorno se divide en tres zonas diferentes.









2.1 Barra de Botones o Herramientas

Esta barra contiene un conjunto de botones, los cuales ofrecen una forma abreviada de usar las opciones más frecuentes del menú con una simple pulsación del ratón.

Dichos botones representan su función con un dibujo intuitivo y, además, al situar el ratón sobre ellos, se visualiza un texto de ayuda en la barra de estado.

Los iconos principales, teclas asociadas y sus funciones son las siguientes:

	Salir. Nos muestra la pantalla anterior. Si se pulsa desde la primera pantalla permite abandonar la aplicación. Se puede sustituir por la tecla <Esc> .
	Buscar. Busca información en base a los criterios previamente seleccionados. Se puede sustituir por la tecla <F3> .
	Aceptar. Acepta la información seleccionada o registrada y da paso a la siguiente pantalla de la aplicación. Se puede sustituir por la tecla <F8> .
	Grabar. Graba la información registrada en la pantalla sin salir de la misma. Se puede sustituir por la tecla <F10> .
	Imprimir. Imprime el informe correspondiente. Se puede sustituir por la tecla <F11> .
	Interconsulta. Solicitud de interconsulta a un especialista
	Insertar. Insertar una fila en una tabla.
	Eliminar. Elimina la fila seleccionada. Se puede sustituir por la tecla <F11> .

	Evolutivo Enfermería. Modificar / imprimir el evolutivo de enfermería
	Informe Alta. Presenta la pantalla donde se podrá generar / imprimir el informe de alta del paciente. Este icono se muestra mientras el paciente no tenga registrado nada en el informe.
	Informe Alta. Presenta la pantalla donde se podrá modificar / imprimir el informe de alta del paciente.
	Home/Fin. Desde cualquier pantalla de la aplicación presenta el panel principal de urgencias desactivando el usuario conectado. Una vez pulsado el botón para realizar cualquier acción sobre un paciente se solicitará usuario y password.
	Selección Paciente. Desde cualquier pantalla de la aplicación presenta el panel principal de urgencias para la selección de otro paciente. Este botón no desactiva al usuario conectado.
	Clinic. Acceso a la aplicación CLINIC.
	Ayuda. Muestra la ayuda correspondiente a la pantalla desde la que se solicita. Se puede sustituir por la tecla <F1>.
	Acerca de. Presenta información sobre esta aplicación

Dependiendo de la **función** que se esté realizando ó de los **permisos de acceso** asignados al usuario de entrada, se habilitarán unos u otros botones de la barra.

2.2 Zona de Trabajo

Es la zona más amplia de la pantalla sobre la que se irán superponiendo las distintas pantallas de trabajo, que muestran el contenido propiamente dicho de la aplicación.

2.3 Barra de Estado

Es la zona inferior de la pantalla en la cual irán apareciendo mensajes referentes a las acciones que está realizando el programa o el usuario, además de ayudas referentes a las opciones de las distintas pantallas.

Los mensajes tratan de temas diversos:

- **Información** sobre las acciones que está llevando a cabo la aplicación en ese instante.

- **Ayudas** sobre las opciones de menú o sobre las opciones de los distintos botones tanto de la barra de herramientas como del resto que aparezca en la pantalla.
- **Acciones** que puede llevar a cabo el usuario, indicándole el proceso correcto del desarrollo.

3. Entrada a la aplicación

Al iniciar una sesión de trabajo con la aplicación “Puesto Clínico Hospitalario”, se muestra la pantalla inicial :




En esta pantalla se deberán introducir los siguientes datos:

Control de usuarios: Control de acceso a la aplicación.

Usuario: Obligatorio. Nombre de usuario.

Password: Obligatorio. Contraseña. Al escribir se mostrarán asteriscos (*) para asegurar la confidencialidad de los datos.

A continuación al hacer clic en el botón , ó pulsando la tecla **ENTER**. El sistema validará que dicho usuario tenga la autorización correspondiente y que su contraseña sea válida.

4. Panel general de urgencias activas

Se muestra una lista de los pacientes activos en urgencia, atendiendo a unos criterios de selección. Estos criterios son :


- Tipo de Urgencia. Opcional. Este campo sólo se mostrará en aquellos centros hospitalarios donde la estructura de la Urgencia así lo indique.
- Área
- Especialidad
- Médico

Urgencias - Panel general de los pacientes de Urgencias - GENERALES - USUARIO: I

Ubicar Extr. Rec. Altas Pdte. Enf. Asig. Pac.

Areas: TRIAGE Especialidades: Enfermeras: Nº Urgencias 60


Est.	Box	Área	TUrg	Nombre	Ed.	N.G.	Diagnostico/MC	Médico	D.U.E.	LB.	Rz
	SAL	TRI	4704	NAGORE ITZIAR, GOMEZ-IBA	6	M	Accidente Laboral	CONSUL	PRUEB:		A
	SAL	TRI	4704	NAGORE ITZIAR, GOMEZ-IBA	6		Adenopatias	CONSUL	PRUEB:		
	ARE	TRI	4704	LUIS REINALDO ALFREDO, G	35	L	AMNESIA RETROGRADA	CONSUL	PRUEB:		A
	ARE	TRI	4704	MARIA DEL MAR, VALGAÑÓN	6	L	ABSCESO DENTAL PERIA	CONSUL	PRUEB:		A
	SAL	TRI	4704	GABRIEL ALFONSO, ROALES	53	L	Alteracion del Comportam	ALBERD	PRUEB:		A
	SAL	TRI	4704	MARIA DEL MAR, VALGAÑÓN	5	L	Alteracion de la Marcha	ALBERD	PRUEB:		
	SAL	TRI	4704	LUIS REINALDO ALFREDO, G	35	L	Alteracion del Comportam	ALBERD	PRUEB:		
	ARE	TRI	4704	ALEJANDRA MARIA, ZUBIET	41		Amnesia	CONSUL	PRUEB:		A
	SAL	TRI	4704	FELIPE INFANTE, YAQUERO	7		Alteracion de la Marcha	CONSUL	PRUEB:		
	ARE	TRI	4704	MARIA DEL MAR, VALGAÑÓN	6	M	Alteracion del Comportam	CONSUL	PRUEB:		
	SAL	TRI	4704	GABRIEL ALFONSO, ROALES	53		Alteracion de la Marcha	CONSUL			
	SAL	TRI	4704	ALEJANDRA MARIA, ZUBIET	41		Alteracion de la Marcha	CONSUL	PRUEB:		
	SAL	TRI	4704	MARIA DEL CARMEN MARTA	5		Alteracion de la Marcha	CONSUL			
	ARE	TRI	4704	MARIA DEL MAR, VALGAÑÓN	6	L	Adenopatias	EQUIPO			
	SAL	TRI	4704	NAGORE ITZIAR, GOMEZ-IBA	6	L	Absceso	CONSUL			
	SAL	TRI	4704	JESUS CARLOS, DUANDIKOE	44		Alteracion del Comportam	EQUIPO			
	SAL	TRI	4703	MARIA DEL MAR, VALGAÑÓN	6	L	Alteracion de la Marcha		PRUEB:		
	SAL	TRI	4703	MARIA DEL MAR, VALGAÑÓN	6		Edema localizado	CONSUL			
	ARE	TRI	4703	MARIA DEL CARMEN MARTA	5		Aumento del Perimetro A	CONSUL			

Una vez introducidos los criterios de búsqueda deseados, al pulsar el botón  ó <F3> se mostrará la relación de pacientes ubicados en la urgencia que corresponda a dichos criterios .

Los campos correspondientes a los criterios de búsqueda seleccionados se eliminan de la lista de datos mostrada con objeto de optimizar el espacio de la pantalla donde se presenta la información.

IMPORTANTE: En todas la ventanas de la aplicación aparecerá el código del usuario activo.

Urgencias - Panel general de los pacientes de Urgencias - GENERALES - USUARIO: I

Este será el último que ha introducido su código en la aplicación una vez que ha pinchado el botón  ó el que ha arrancado la aplicación. Todo lo que se haga en la aplicación quedará registrado con ese usuario activo, por eso la importancia de pulsar este icono cada vez que se vea que el usuario activo no es el de uno mismo.

Por cada paciente se presenta la siguiente información:

- Estado
- Tipo de urgencia
- Box / sala
- Área
- Especialidad
- Tiempo en la urgencia
- Número de urgencia
- Nombre
 - Edad
- Nivel de gravedad
 - **L**: Leve
 - **M**: Media
 - **G**: Grave
 - **MG**: Muy Grave
- Motivo
- Médico
- D.U.E. Personal de enfermería asignado.
- Situación de las pruebas solicitadas de (Laboratorio, Radiodiagnóstico y Otras)
- El estado de la prueba se identifica de la siguiente forma :
 - **O**: Prueba **solicitada**, pendiente de extracción (analíticas)
 - **L**: Prueba en Laboratorio (sólo para analíticas)
 - **?**: Prueba **pendiente** de resultado
 - **R**: Prueba **parcialmente realizada**.
 - **R**: Prueba **realizada totalmente**.
- Tratamiento
 - **S**: Paciente con Tratamientos realizados.
 - **S**: Paciente con Tratamientos pendientes de realizar.
 - **N**: Paciente sin Tratamiento.
- Diagnóstico

La fila correspondiente a los datos del paciente puede mostrarse de distintos colores de manera que se identifique las distintas situaciones de ubicación del mismo :

Rojo: Paciente con alguna actuación pendiente de finalizar, bien sea Pruebas de Laboratorio, Radiología u Otras Pruebas, o bien Técnicas o Cuidados de Enfermería, o bien Órdenes Médicas.

Negro: Paciente con todas las actuaciones finalizadas.

En la parte derecha de la tabla aparecerán una serie de iconos indicando la situación del paciente:



Pendiente de consulta por el especialista



Pendiente de asignar cama en hospitalización.



Pendiente de dar el alta pero con cama en hospitalización.



Pendiente de ambulancia.

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



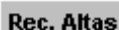
Aceptar. Cuando se selecciona un paciente y se pulsa este botón, o se hace *doble-click* en la fila del paciente, se muestra la pantalla de ***Datos generales del paciente***.



Constantes. Muestra la pantalla de ***Toma de constantes a un paciente***.



Ubicar. Muestra la pantalla de ***Pacientes Pendientes de Ubicar***.



Recuperación de Altas. Muestra la pantalla de ***Recuperación de Altas***.




Pendiente Enfermería. Muestra la pantalla de ***Pacientes con órdenes de trabajo de enfermería pendientes***.



Asignación pacientes. Asignación automática usuario-paciente.



Alta Pacientes. Permite realizar el alta definitiva del paciente.

El acceso a la nueva pantalla está restringido, por lo que al pulsar el botón  se comprueba si el usuario tiene permiso para seguir adelante a través de la pantalla de ***Identificación de Usuario***.

4.1 Identificación de Usuario

Esta función permitir que el usuario se identifique con objeto de comprobar si está autorizado para realizar la operación que previamente ha solicitado.



The image shows a graphical user interface window titled "Urgencias - Identificación de usuarios". The window has a blue title bar and a grey background. In the top-left corner, there are two small icons: one with a red cross and another with a green checkmark. In the top-right corner, there is a question mark icon. The main area of the window contains two text labels in red: "Usuario" and "Password :". Each label is followed by a rectangular input field. The "Usuario" label is positioned above the "Password :" label.


5. Selección de pacientes pendientes de ubicar


Esta tarea tiene por objeto permitir al usuario seleccionar los pacientes registrados por admisión y que no han sido registrados todavía dentro de esta aplicación.

Urgencias - Pacientes pendientes de ubicar				
Servicio : <input type="text"/>				
Nombre del Paciente	Edad	Nº Urgencia	Tiempo Urgencia	
ALVAREZ ROA, CARLA	9	128.341	16:04	
CANTERO GOMEZ, JON	16	128.505	3:39	
RUIZ MEHABE, ISIDRO	87	128.506	2:44	
LOPEZ SILANES DE VALLE, JONATAN	9	128.508	2:14	
MUÑOZ CARDENAS, ANGELES PAULA	55	128.510	1:46	
CABRERA CABEZAS, PEDRO RAMON	42	128.517	0:53	
DIAZ MENDIVIL DE ORTIZ ZARATE DE, BLANCA ESTHER	31	128.518	0:45	
IZAR FUENTE DE MTZ ARENAZA DE, RODRIGO	44	128.520	0:35	
CARCEL SIXTO, SARAI	8	128.521	0:26	
ABAD YAGUE, JUAN CARLOS	40	128.522	0:25	
DIEZ MAESO, MILAGROS	42	128.524	0:22	
ORAA LOPEZ, PILAR	60	128.525	0:20	
IZAGUIRRE TOLEDO, AMAIA	28	128.526	0:17	
SALSON ALONSO, MARIA JOSE	24	128.527	0:16	
LOPEZ GOICOECHEA, MIGUEL ANGEL	24	128.528	0:07	

Por cada paciente se presenta la siguiente información:


- Nombre completo
- Edad
- Nº de Urgencia
- Tiempo de estancia en la urgencia

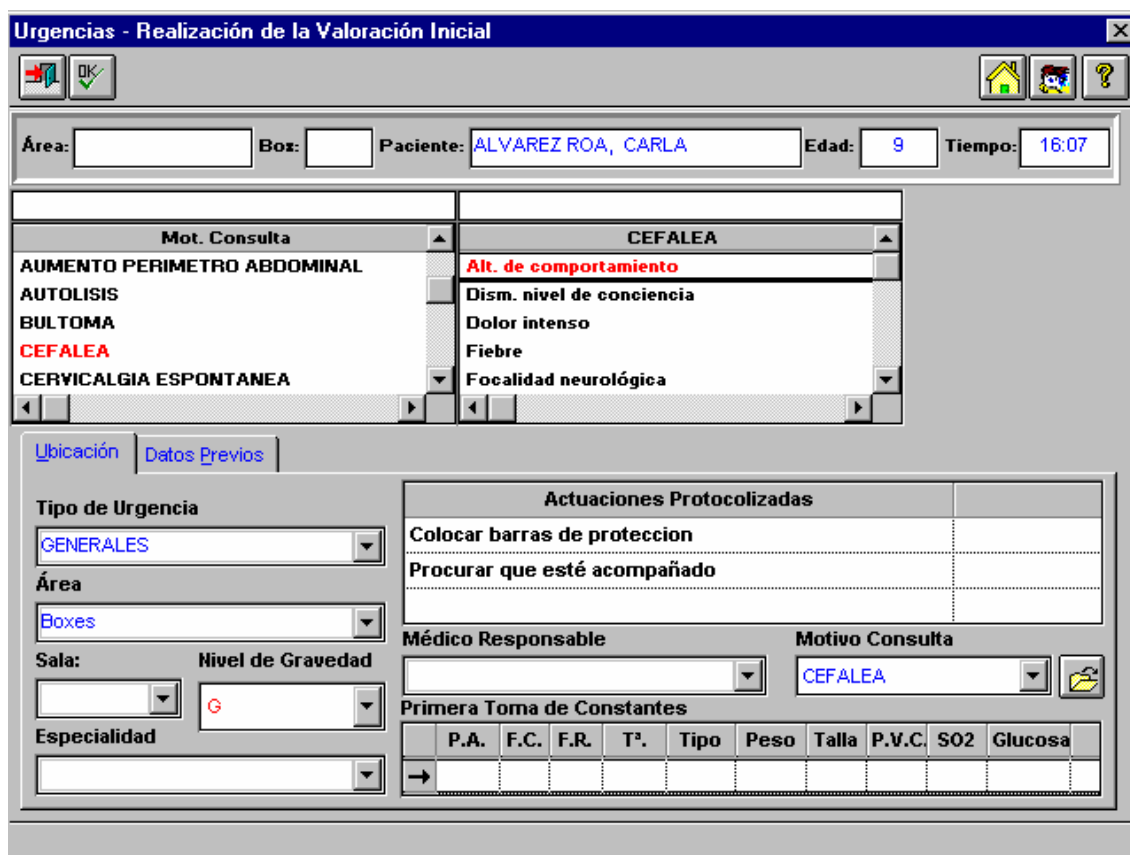
Cuando se selecciona un paciente y se pulsa el botón  o se hace *doble-click* en la fila del paciente a ubicar se comprueba si el paciente ya ha sido ubicado, en cuyo caso se muestra un mensaje de error. Si el paciente no ha sido ubicado se presenta la pantalla de **Valoración Inicial del Paciente**.

La pantalla tiene refresco de información automático pero se puede refrescar manualmente pulsando el botón .

5.1 Valoración inicial del paciente

El objetivo de esta función es realizar la valoración inicial sobre el paciente que se está tratando en función del motivo de consulta, signos y síntomas que presenta el paciente.

Esta pantalla se muestra al seleccionar un paciente y pulsar el botón  desde la pantalla de **Pacientes pendientes de Ubicar**.



El la parte superior se presentan los datos que identifican el paciente al que se le está realizando la valoración inicial.

- Área.
- Box
- Paciente
- Edad
- Tiempo en la urgencia

El funcionamiento de esta pantalla depende de cómo se haya definido dentro del Hospital el modo de realización de la Valoración Inicial del paciente.

5.2 Valoración Protocolizada

Sobre la base del protocolo de valoración inicial implementado en la aplicación, y dependiendo de los motivos de consulta, signo y síntomas que presenta el paciente, el facultativo aplicará el protocolo utilizando un árbol de decisión. Este árbol se presenta con una serie de listas que se corresponden con los distintos niveles del árbol de decisión. Al seleccionar un motivo (valor de la lista), si éste no es de último nivel, se presenta a su derecha la lista del siguiente nivel del árbol.

Cuando se selecciona un motivo de último nivel se obtiene la ubicación asociada, rellenándose automáticamente los campos correspondientes a dicha ubicación en la pestaña de Ubicación de la pantalla y las actuaciones protocolizadas predefinidas (caso estar definidas).

Cuando se selecciona un motivo de último nivel, se introduce en la lista desplegable de Motivo de consulta, el motivo de consulta de primer nivel del que deriva.

Cuando se selecciona un motivo de consulta se introducen en la tabla de actuaciones protocolizadas las actuaciones que tiene asociadas.

Para deseleccionar un motivo de consulta se hace click sobre él con el botón derecho del ratón, con ello se deseccionara el motivo (se ponen de color negro) y todos los motivos seleccionados que dependan de él si los hubiera y se eliminan las actuaciones protocolizadas derivadas de dicho motivo.

La carpeta de **Ubicación** presenta:

- **Tipos de Urgencia:** Una lista desplegable con la lista de tipos de urgencia para seleccionar.
- **Área:** Una lista desplegable con la lista de tipos de Áreas existentes en el tipo de urgencia seleccionada.
- **Sala:** Una lista desplegable con la lista de Salas existentes en el área de urgencia seleccionada.
- **Nivel de Gravedad:** Una lista desplegable con la lista de niveles de gravedad para seleccionar.
- **Especialidad:** presenta una lista desplegable con la lista de tipos de especialidades existentes en el tipo de urgencia seleccionada.
- Una tabla con las actuaciones que derivan de los motivos seleccionados.
- **Motivo de Consulta:** presenta una lista desplegable con la lista de motivos de consulta para seleccionar, esta lista se irá rellenando con los motivos de consulta del primer nivel seleccionados.

- Una tabla en la que introducir **la toma inicial de constantes**.
 - Presión Arterial (máxima / mínima).
 - Frecuencia cardiaca
 - Frecuencia respiratoria
 - Temperatura
 - Tipo de temperatura
 - Peso
 - Talla
 - Presión Venosa Central
 - Saturación de oxígeno
 - Glucosa

Urgencias - Urgencias Generales I - Realización de la Valoración Inicial

Area: Boz: Paciente: Edad: Tiempo:

Motivo consulta	Alteracion neurologica
Alteracion neurologica	Patologia ocular
Oscar 1	Afectacion general
Oscar 2	Afectacion neurologica
Oscar 3	
Diarrea	
Disnea	
Valoracion Inicial	

Ubicación Datos Previos

Ingresa acompañado

Objetos Personales Retirados

Embarazada

Alergias Conocidas

Objetos personales retirados	Entregados a...
→ Documentacion	Familiares
→ Dinero	Familiares

Antecedentes de Interés

Datos Clínicos	Datos Personales	Medicación Actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La carpeta de **Datos previos** presenta:

- Indicador de si el paciente ingresa acompañado.
- Indicador de si se le retiran objetos personales. Cuando se selecciona el indicador de que tiene objetos personales retirados se presenta una tabla en la que se le indica que objeto se le ha retirado y a quién se la ha entregado, ambas opciones se pueden seleccionar de la lista o escribir libremente.
- Indicador de si está embarazada.
- Indicador de si tiene alergias. Cuando se selecciona el indicador de que tiene alergias se presenta un campo para introducir las alergias.
- Un campo de entrada para introducir los datos clínicos.

- Un campo de entrada para introducir los datos personales.
- Un campo de entrada para introducir la medicación actual

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



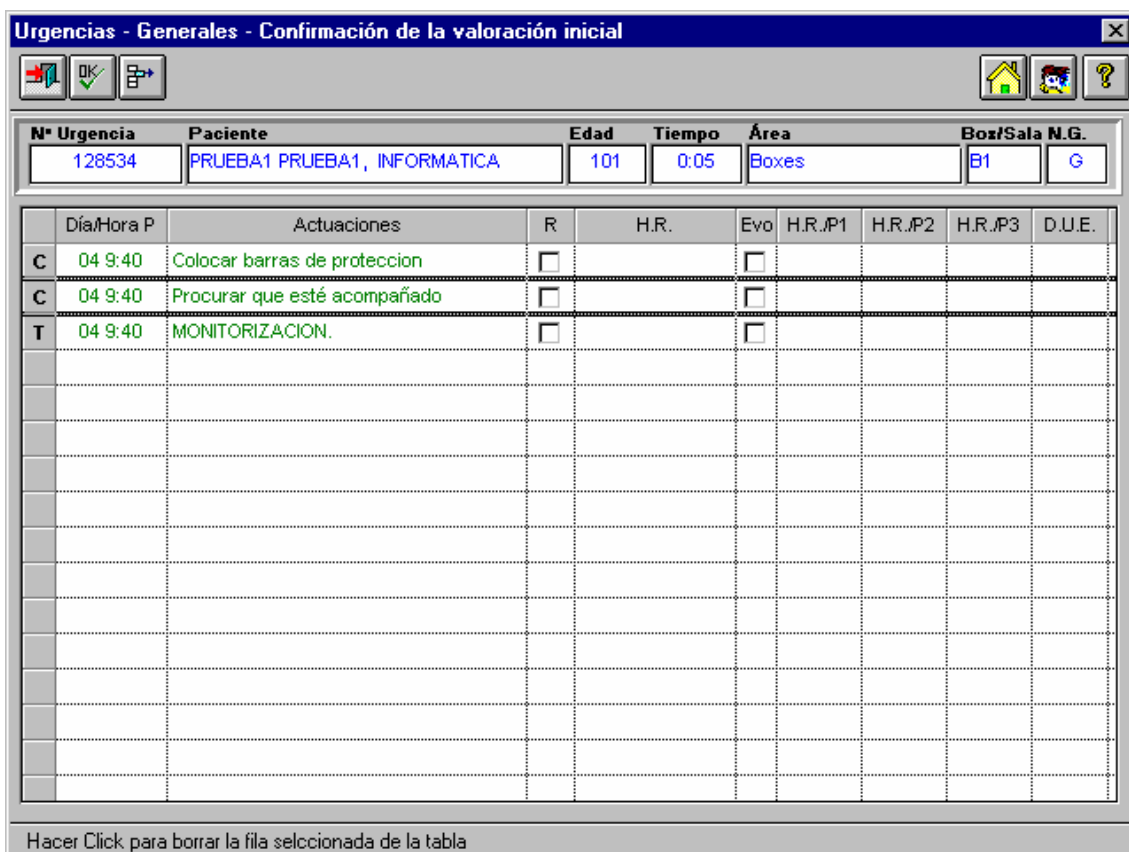
Aceptar. Confirmar la valoración inicial efectuada. Presenta la pantalla de ***Confirmación de la valoración inicial*** realizada.

Si alguna de las actuaciones derivadas de los motivos de consulta seleccionados requieren el control médico y el usuario que está trabajando con la aplicación es personal de enfermería, se presenta una pantalla para identificar el facultativo médico por orden del que se van a realizar las actuaciones protocolizadas.

5.3 Confirmación de la Valoración Inicial

El objetivo es confirmar la valoración inicial que se ha hecho, se pueden eliminar actuaciones propias de la valoración inicial protocolizada que se está haciendo.

Se presentará la siguiente pantalla con una tabla en la que se muestran las actuaciones:



Nº Urgencia	Paciente	Edad	Tiempo	Área	Bot/Sala	N.G.
128534	PRUEBA1 PRUEBA1, INFORMATICA	101	0:05	Boxes	B1	G

Día/Hora P	Actuaciones	R	H.R.	Evo	H.R./P1	H.R./P2	H.R./P3	D.U.E.
C 04 9:40	Colocar barras de proteccion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
C 04 9:40	Procurar que esté acompañado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
T 04 9:40	MONITORIZACION.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

Hacer Click para borrar la fila seleccionada de la tabla

Si el usuario es de tipo Médico saldrán sin chequear la columna R (Realizado) y Evo (Evolutivo), al contrario que si el usuario es de tipo Enfermera.

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:

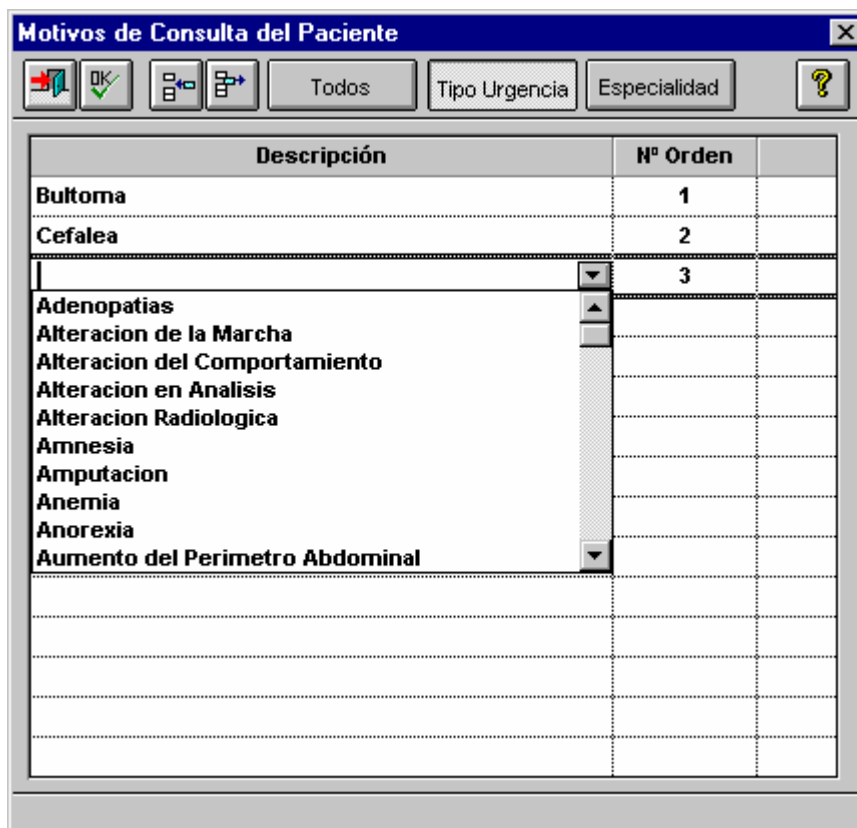


Eliminar Fila. Elimina la actuación seleccionada.

Se puede sustituir por la tecla <F11>.

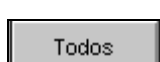
5.4 Motivo de consulta

Se presentará la siguiente pantalla donde se introduce el motivo de consulta:

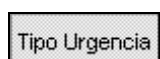


Descripción	Nº Orden
Bultoma	1
Cefalea	2
	3
Adenopatias	
Alteracion de la Marcha	
Alteracion del Comportamiento	
Alteracion en Analisis	
Alteracion Radiologica	
Amnesia	
Amputacion	
Anemia	
Anorexia	
Aumento del Perimetro Abdominal	

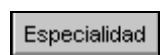
Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Todos: Muestra todos los motivos de consulta definidos para la urgencia.



Tipo Urgencia. Muestra todos los motivos de consulta definidos para el tipo de urgencia en el que esté ubicado ese paciente.



Especialidad. Muestra todos los motivos de consulta definidos para la especialidad en la que esté ubicado ese paciente.

6. Peticiones de Pruebas

A través de esta función se realiza la gestión de las pruebas del Episodio solicitadas a los distintos Servicios Especializados, permitiendo solicitar y consultar las peticiones e imprimir los Volantes o Informes de resultados de todas las Pruebas solicitadas por el facultativo, a través del Puesto Clínico Hospitalario.

A la ventana de Peticiones de Pruebas se le llama desde la ventana de los Datos generales de un paciente seleccionado.

La gestión de las pruebas en urgencias se divide en 4 carpetas :

- Resumen.
- Laboratorios.
- Rx.
- Otras Pruebas.

Los datos que aparecen en las carpetas:

- Datos del paciente:
- Área y Box donde se encuentra el paciente ubicado.
- Paciente y edad del mismo.
- Tiempo que lleva en urgencias.
- Una tabla cargada con las pruebas del paciente tratado, el estado de cada una se presenta a través de un código de colores:

Rojo: Prueba Anulada.

Verde: Prueba pendiente de extracción (Prueba solicitada, pendiente de extracción o valoración (para pruebas de analítica y Rx respectivamente)).

Lila: Prueba en el Laboratorio (petición de analítica insertada en Omega).

Azul: Prueba pendiente de resultado

Rosa: Prueba realizada parcialmente.

Negro: Prueba realizada completamente.

Unos iconos en la parte izquierda de la tabla:



Indica que la prueba seleccionada tiene una imagen.



Indica que la prueba seleccionada tiene un volante y/o informe y/o imagen.

Los datos presentados para cada prueba son los siguientes:

Por cada prueba se muestran los siguientes datos :

- **Fecha Petición** : Fecha / hora de registro de la petición.
- **Rel.** : Indicador de Relevancia de la prueba
 - **R** --> Relevante
 - --> No relevante
- **Tipo** : Sistema Especializado Destino
- **Situación** : Situación de la Prueba
 - **Pte. Ext./Val./Cita** --> Prueba solicitada, pendiente de extracción ó valoración o Cita (para pruebas de analítica y Rx respectivamente).
 - **Pte. Rdo.** :Prueba pendiente de resultado
 - **Realizada** : Prueba realizada
- **Result.** : Complimentación del Informe Resultado.
 - (vacío) -->Automática (a cumplimentar por el servicio destino)
 - **M** -->Manual (a cumplimentar por el servicio origen).
 - El valor **M** en este campo indica que el servicio destino de la interconsulta no tiene acceso a la aplicación del Puesto Clínico Hospitalario y por consiguiente la información del resultado de la prueba no podrá ser cumplimentada por el mismo.
- **F. Resultado** : Fecha realización de la prueba por el Sistema / Servicio Destino.
- **Urg.** : Tipo de Urgencia de la Petición (Urgente / Normal).
- **Servicio** : Servicio Peticionario.
- **F. Extracción / Cita** : Fecha de extracción en caso de analíticas ó Fecha de Valoración ó Cita en caso de Pruebas de Radiodiagnóstico.
- **Nº Orden Médica** : Nº identificador de Orden Médica.
- **Diagnóstico** : Diagnóstico principal asociado al Paciente al solicitar la prueba.

Una serie de datos para solicitar pruebas, que variarán dependiendo de la carpeta, en el caso del Resumen no tiene.

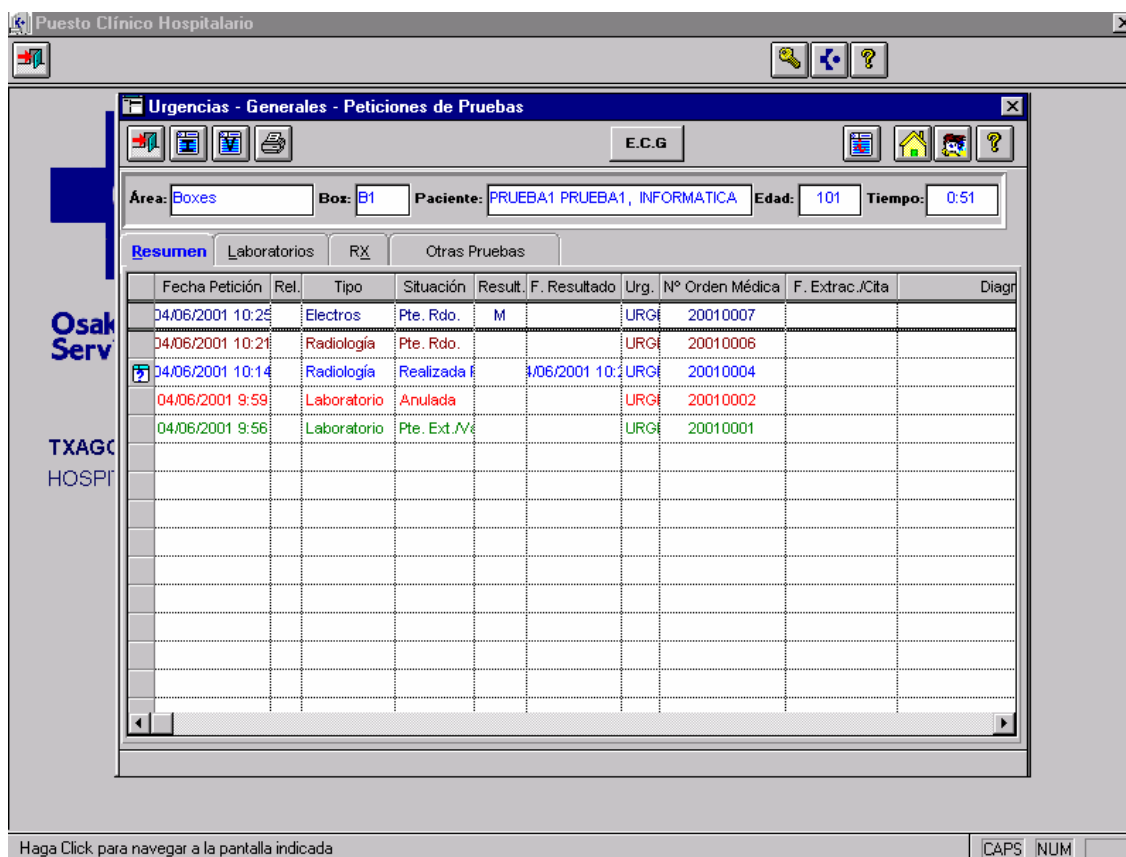
Si se hace un doble click sobre una prueba que tiene un informe equivale a seleccionarla en la tabla y pulsar sobre el botón de informe. Si tiene informe nos mostrará el volante tal y como lo haría el botón de Volante.

6.1 Resumen de Pruebas

Presenta una consulta resumen de todas las pruebas solicitadas a través del Puesto Clínico Hospitalario de la urgencia, ordenadas por Fecha de Petición en orden descendente.

En la zona de datos de la carpeta se presenta:

- Datos del paciente.
- Pruebas de asociadas al paciente, anteriormente descritas.



Urgencias - Generales - Peticiones de Pruebas

Área: Boz: Paciente: Edad: Tiempo:

Resumen | Laboratorios | RX | Otras Pruebas

Fecha Petición	Rel.	Tipo	Situación	Result.	F. Resultado	Urg.	Nº Orden Médica	F. Extrac./Cita	Diagn.
04/06/2001 10:25		Electros	Pte. Rdo.	M		URGE	20010007		
04/06/2001 10:21		Radiología	Pte. Rdo.			URGE	20010006		
04/06/2001 10:14		Radiología	Realizada		04/06/2001 10:14	URGE	20010004		
04/06/2001 9:59		Laboratorio	Anulada			URGE	20010002		
04/06/2001 9:56		Laboratorio	Pte. Ext./M			URGE	20010001		

Haga Click para navegar a la pantalla indicada

CAPS NUM

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Informe. Permite consultar el informe resultado de una prueba seleccionada que bien ha sido realizada y tiene informe o bien que ha sido anulada y se le ha indicado un motivo.



Volante. Permite consultar el volante con los datos de la petición de la prueba seleccionada.



Imprimir. Imprime la relación de pruebas mostradas en la pantalla.

Se puede sustituir por la tecla <F11>.



Ver imagen. Muestra la imagen de la prueba seleccionada, si esta la tiene.

Se puede sustituir por la tecla <F2>.



CG. Permite solicitar pruebas especiales de electrocardiograma, para ello se sitúa en la carpeta de 'Otras Pruebas'.



Informe de Alta. Se va a la ventana del informe de alta del paciente tratado para crearlo o modificarlo.

6.2 Laboratorio

En esta carpeta se permite solicitar pruebas al Laboratorio del Hospital y consultar el estado de las mismas y el informe de resultados que corresponda.

En la zona de datos de la carpeta se presenta:

- Datos del paciente.
- Pruebas de analítica asociadas al paciente, anteriormente descritas.
- Dos botones para solicitar y eliminar pruebas.
- Opciones para seleccionar el modo de petición.
- Una tabla cargada dependiendo del modo de petición con las pruebas posibles de analítica a solicitar.

Solicitud


Para solicitar una prueba se deberá seleccionar en primer lugar el modo de petición. La petición de una analítica podrá ser vía Pruebas (Bioquímica ó Microbiología) ó Perfiles.

Perfiles

Al seleccionar la opción Perfiles, se mostrará en la zona inferior la lista de los perfiles definidos para el Servicio que realiza la petición. Se pulsará click sobre el Perfil deseado (queda marcado en rojo) y a continuación pulsando el botón de solicitar, se mostrará la pantalla de Datos complementarios de la petición.

Si se quiere desmarcar un perfil basta con volver a pinchar sobre él y volverá a estar deseleccionada (color negro).

Pruebas (Bioquímica / Microbiología)

Al seleccionar la opción Pruebas (Bioquímica ó Microbiología) se muestra el campo Grupo. Una vez seleccionado un Grupo se muestra en la zona inferior la relación de pruebas del mismo. Se pulsará click sobre cada una de las pruebas deseadas (quedan marcadas en color rojo), permitiéndose la combinación de pruebas de distintos Grupos y/o tipos (Micro. / Bioq.). A continuación pulsando el botón de solicitar  se mostrara la pantalla de ***Datos complementarios de la petición.***

Para eliminar una prueba marcada basta con pulsar de nuevo click sobre la misma.

Datos Complementarios de la petición de Laboratorio

A través de esta pantalla se registran los datos complementarios de cada petición de analítica:

Fecha Extracción : Opcional. Fecha prevista de extracción. Permite planificar la fecha para la que se desea realizar la extracción.

Nº Extracción : Opcional. Identificador de la muestra correlativa al número interno del laboratorio.

Destino del Informe: Opcional. Destino del Informe resultado.

Urgencia: Obligatorio. Tipo de Urgencia de la petición. Por defecto se asume NORMAL.

Relevante: Opcional. Indicador de prueba relevante para el peticionario.

Área/Box: Campo de consulta. Muestra la ubicación del paciente.

Motivo de la exploración: Obligatorio. Descripción del motivo de la solicitud de la prueba.

Observaciones: Obligatorio. Observaciones asociadas a la petición.

Tubos: Tabla de Consulta. Mostrará la relación de tubos que son necesarios a la hora de realizar la extracción, con el fin de realizar las pruebas seleccionadas.

Incidencias: Tabla de Consulta. Mostrará observaciones a las pruebas desde Omega.

Urgencias - Generales - Datos de la prestación de laboratorio

Fecha Extracción
 Nº Extracción
 Destino del informe: TRIAGE
 Urgencia: URGENTE

Area/Box: Boxes -Box 1
 Motivo de la exploración: CEFALEA
 Relevante

Observaciones: NORMAL

Tubos	
Tipo	Número
JERINGA	1
LILA	1


Incidencias			
Prueba	Muestra	Observaciones	Error
G - Glucosa		-	
CR - Creatinina		-	

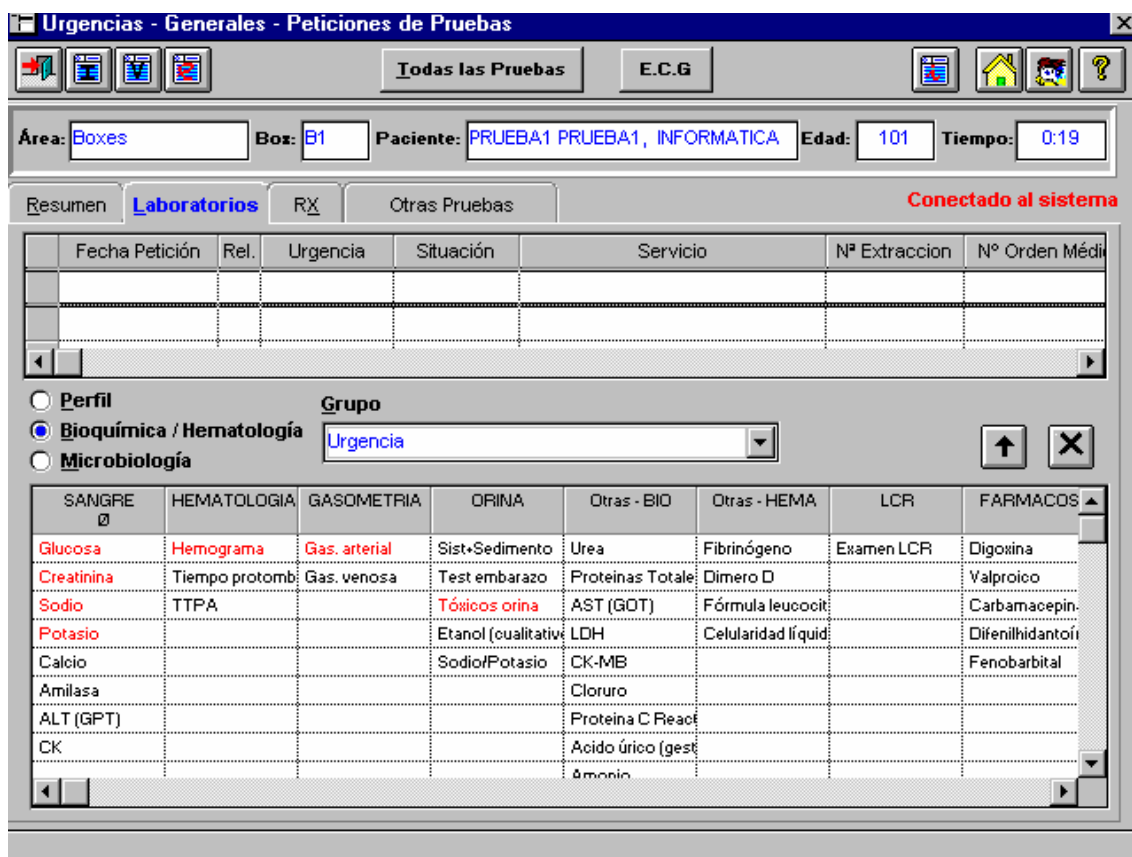
Cuando el sistema de Laboratorio no está conectado (Sin Conexión), sólo se mostrarán los campos Motivo, Observaciones y Relevante.

Si el sistema de Laboratorio está conectado (Conectado al Sistema), en la pantalla de datos complementarios se visualiza el **Tipo y Nº de Tubos** previstos y las pruebas del mismo tipo más recientemente solicitadas (donde se permite, con doble-click, ver el informe de resultado correspondiente a cada una de ellas), dando opción a no solicitar finalmente la analítica cuya petición se ha iniciado si se considera preciso (a la vista de la lista pruebas mostradas) remitidas por el sistema de Laboratorio.

Una vez introducidos los datos complementarios al pulsar el botón, se registrará la petición en el Sistema de Laboratorio (si está conectado), imprimiéndose automáticamente el volante de la petición por la impresora asociada al puesto.

Eliminar una petición

Sólo se permiten eliminar las aquellas peticiones cuyo estado es de Pte. Extr./Val./Cita, que estarán marcadas en color **Verde**. Para ello basta con seleccionar la petición correspondiente de la relación mostrada en la zona superior de la pantalla y pulsar el botón .



Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Informe. Permite consultar el informe resultado de una prueba seleccionada que ha sido realizada.



Volante. Permite consultar el volante con los datos de la petición de la prueba seleccionada.



Evolutivo. Se conecta con la aplicación CLINIC para mostrar el informe de laboratorio o el evolutivo de las muestras para la petición seleccionada.

Todas las Pruebas

Todas las Pruebas. Se conecta con la aplicación CLINIC para ver todas las pruebas del episodio de la carpeta o pestaña activa



E.C.G. Permite solicitar pruebas especiales de electrocardiograma, para ello se sitúa en la carpeta de 'Otras Pruebas'.



Informe de Alta. Se va a la ventana del informe de alta del paciente tratado para crearlo o modificarlo.

6.3 Radiodiagnóstico

En esta carpeta se permite solicitar pruebas al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital, mostrando el estado de las mismas y la consulta del informe de resultados ó imágenes (placas) asociadas que correspondan.

En la zona de datos de la carpeta se presenta:

- Datos del paciente.
- Pruebas de RX asociadas al paciente, anteriormente descritas.
- Un botón para solicitar pruebas.
- Opciones para seleccionar la relación de prestaciones.
- Una tabla cargada con el tipo o grupos de prestación y otra cargada con las prestaciones para el tipo seleccionado.
- Unos botones para seleccionar las prestaciones deseadas.
- Una tabla cargada con las prestaciones que se van a solicitar.

Para solicitar pruebas se debe seleccionar primero la relación de las prestaciones a mostrar.

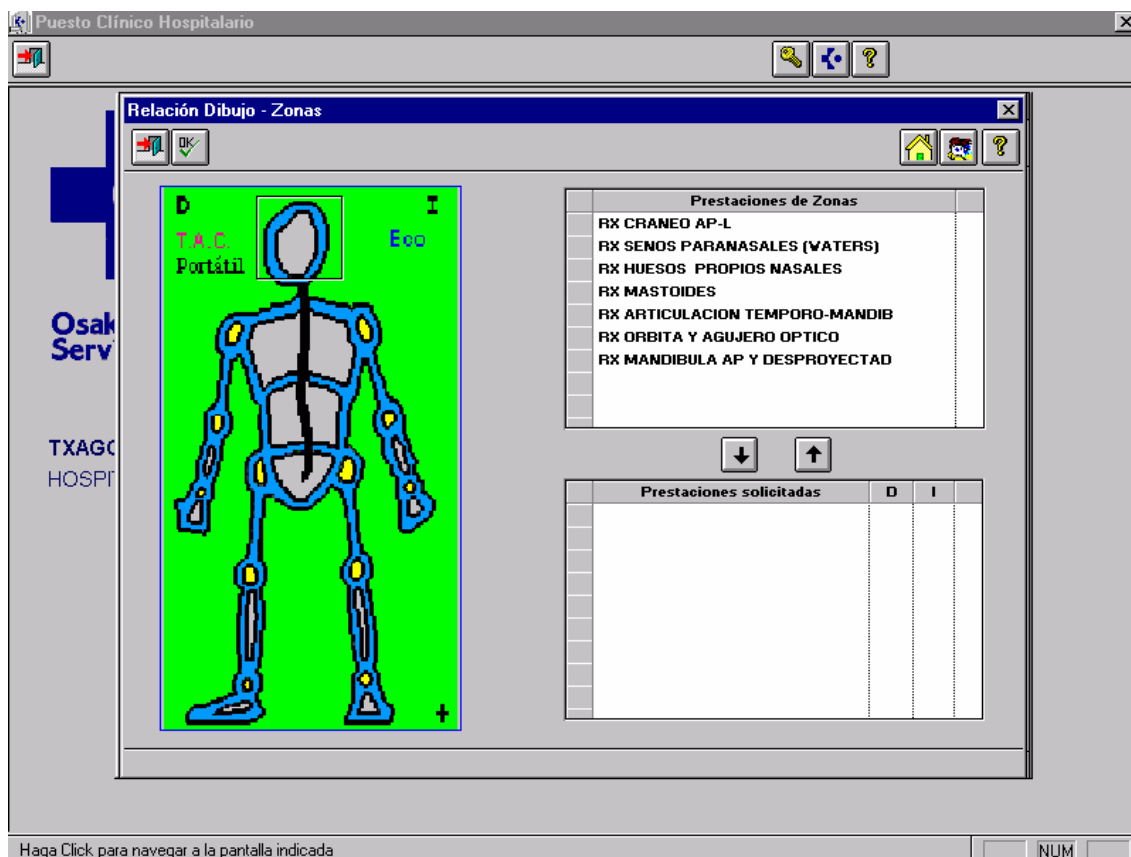
- Servicio - pruebas asociadas al servicio
- General - pruebas asociadas al centro
- Aparatos - pruebas asociadas a aparatos

Si existen pruebas prefijadas para el Servicio peticionario se permitirá en primer lugar seleccionar la relación de pruebas a mostrar; asociadas al **Servicio** ó **General** (asociadas al Centro), en caso contrario se mostrarán las pruebas asociadas al Centro.

Si se selecciona el indicador **Aparatos** se visualizarán de igual manera las pruebas asociadas a los mismos.

En la zona inferior izquierda de la pantalla se presenta una lista con los distintos **Grupos de Pruebas** de Radiodiagnóstico. Al seleccionar una Agrupación se mostrará a su derecha una lista con la relación de **Pruebas** incluidas en dicho Grupo.

La selección de las de las pruebas se puede realizar también desde la ventana del Dibujo Anatómico.



Para solicitar pruebas se debe hacer click, primero, en la zona del dibujo que represente la prestación a realizar. En la tabla **prestaciones por zonas** se muestran todas las prestaciones que se le pueden realizar al paciente para la zona seleccionada previamente; hacer click sobre una de las prestaciones y llevarla a la tabla de prestaciones solicitadas, para que se considere realizada la petición.

Cuando el sistema de Radiodiagnóstico no está conectado ([Sin Conexión](#)), la solicitud de las pruebas se realizará como la detallada en el apartado de **Sistemas Especializados sin conexión**.

Para solicitar una prueba se deberá seleccionar una prueba y pulsando el botón




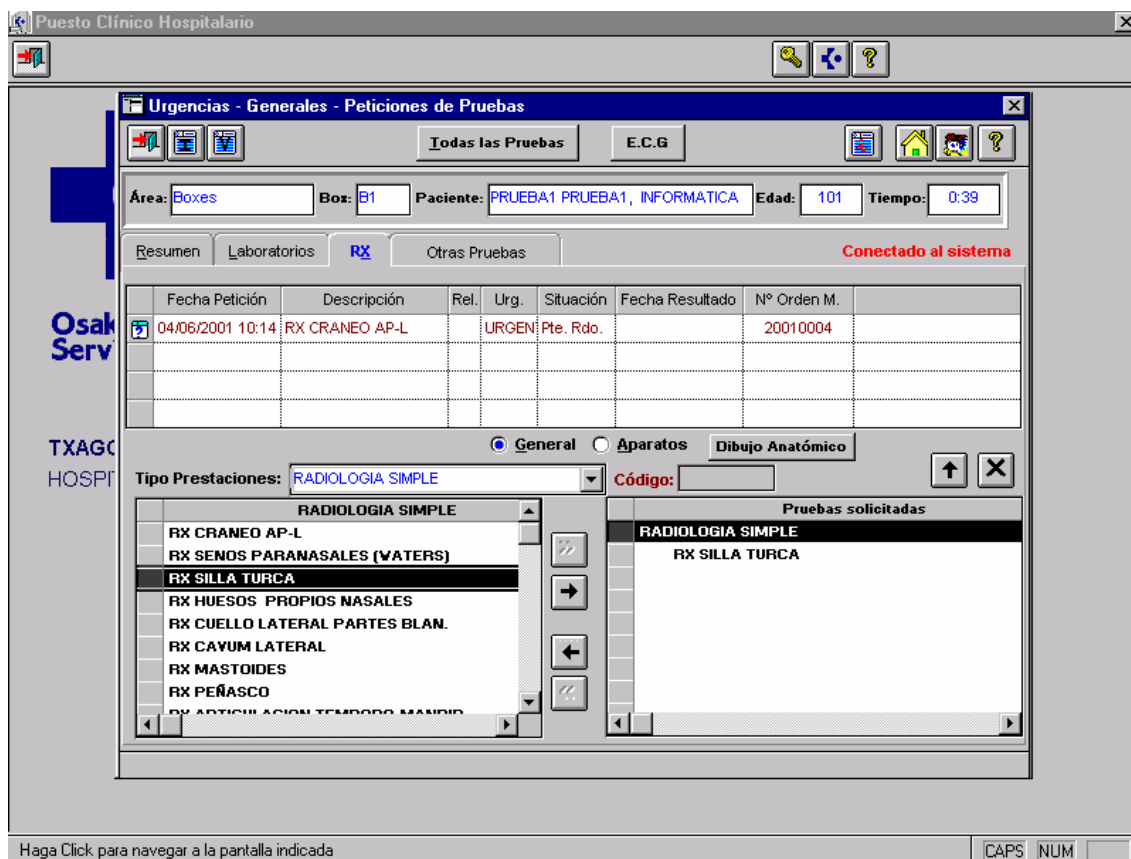
se mostrará la pantalla de **Datos complementarios de la petición**.

Datos Complementarios de la petición de RX

A través de esta pantalla se registran los datos complementarios de cada petición de RX:

- Urgencia:** Obligatorio. Tipo de Urgencia de la petición. Por defecto se asume NORMAL.
- Informar Prueba:** Opcional. Indica que el radiólogo debe informar la prueba.
- Diagnóstico:** Opcional. Por defecto se mostrará el diagnóstico principal registrado a través de la pantalla de Diagnósticos.
- Motivo de la exploración:** Obligatorio. Descripción del motivo de la solicitud de la prueba.
- Relevante:** Opcional. Indicador de prueba relevante para el peticionario.
- Traslado:** Opcional. Permite seleccionar el tipo de traslado del Paciente.
- Lado Anatómico:** Opcional. Permite seleccionar el Lado Anatómico sobre el que se debe realizar la prueba.
- Embarazo:** Opcional. Indicador de si la paciente se encuentra embarazada.
- Antecedentes Alérgicos:** Opcional. Permite indicar si el paciente tiene antecedentes alérgicos de interés a la hora de realizar la prueba. En este caso podrá ampliarse la información en el campo Observaciones.
- Observaciones:** Obligatorio. Observaciones asociadas a la petición. En este campo se muestra automáticamente la **preparación del paciente** que lleve asociada la prueba solicitada.

Una vez introducidos los datos complementarios, al pulsar el botón , se registrará la petición en el sistema de Rx (si está conectado), imprimiéndose automáticamente el volante de la petición por la impresora asociada al puesto.



Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Informe. Permite consultar el informe resultado de una prueba seleccionada que ha sido realizada.



Volante. Permite consultar el volante con los datos de la petición de la prueba seleccionada.



Ver imagen. Muestra la imagen de la prueba seleccionada, si esta la tiene.

Para seleccionar el botón se hace CLICK con el ratón sobre el mismo o bien se pulsa la tecla <F2>.

Todas las Pruebas

Todas las Pruebas. Se conecta con la aplicación CLINIC para ver todas las pruebas del episodio de la carpeta o pestaña activa

E.C.G

E.C.G. Permite solicitar pruebas especiales de electrocardiograma, para ello se sitúa en la carpeta de 'Otras Pruebas'.



Informe de Alta. Se va a la ventana del informe de alta del paciente tratado para crearlo o modificarlo.

6.4 Otras Pruebas - Sistemas Especializados sin Conexión.

En esta carpeta se permite realizar la solicitud de pruebas a los de Sistemas Especializados no contemplados en el resto de “pestañas” (Laboratorio, RX) ó bien para solicitar aquellas pruebas especiales no recogidas en los Sistemas anteriormente detallados.

Al no existir conexión informática con los Sistemas Especializados destino, las peticiones solicitadas a través de esta función son pruebas no mecanizadas, es decir la solicitud se realiza vía volante, y el informe resultado se podrá cumplimentar de forma manual por el Servicio solicitante.

En la zona de datos de la carpeta se presenta:

- Datos del paciente.
- Otras Pruebas asociadas al paciente, anteriormente descritas.
- Unos botones para solicitar y eliminar pruebas.
- El sistema especializado destinatario y el modo de petición (Perfiles, Pruebas, Petición especial).
- Unos campos que dependiendo del modo de petición variarán, pero que contienen las pruebas posibles a solicitar.

Para solicitar una Prueba en primer lugar se seleccionará el Sistema Especializado Destinatario. La petición podrá ser vía Perfiles, Pruebas ó Petición especial.

Perfiles

Al seleccionar la petición de Perfiles se muestra una lista con la relación de perfiles asociados al Sistema Especializado, donde se permitirá selección de uno de ellos.

Pruebas


En la zona inferior izquierda de la pantalla se presenta una lista con las distintas Agrupaciones de Pruebas del Sistema Especializado. Al seleccionar una Agrupación se mostrará a su derecha una lista con la relación de Pruebas incluidas en dicha Agrupación. Mediante los botones adjuntos de izquierda y derecha se seleccionan las deseadas a solicitar.

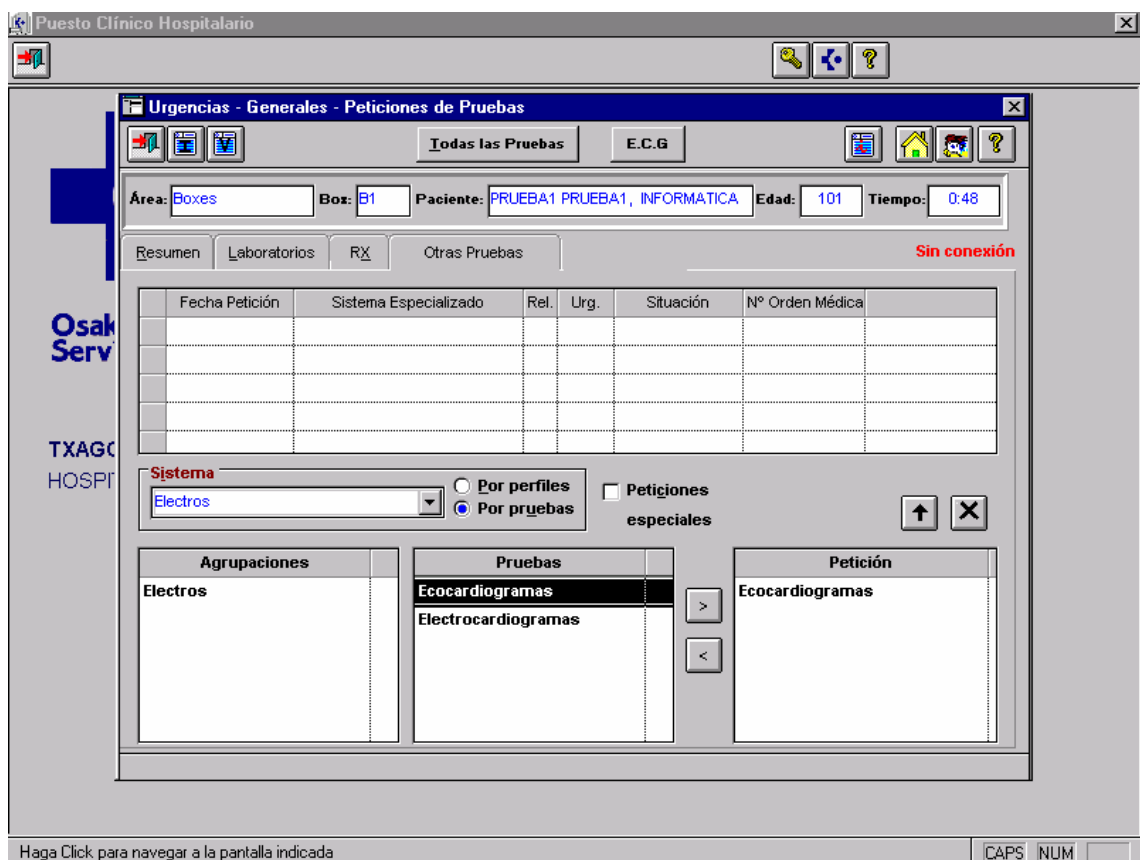
Pruebas especiales

Al seleccionar el campo Peticiones Especiales se mostrará un campo en la zona inferior de la pantalla donde se permite introducir (texto libre), la información del detalle de la petición que forma parte del volante de petición.


En todos los casos, al pulsar el botón de solicitar se muestra la pantalla de Datos complementarios de la petición y una vez introducidos se registra la petición en el sistema.

El informe de las pruebas (resultado manual) podrá ser completado en cualquier momento hasta el cierre del episodio.

Para eliminar peticiones se seleccionan aquellas cuyo estado es de Pendiente de resultado, ya que son las únicas que se permiten eliminar, y se pulsa el botón de eliminar .



Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:

 **Todas las Pruebas.** Se conecta con la aplicación CLINIC para ver todas las pruebas del episodio de la carpeta o pestaña activa



E.C.G. Permite solicitar pruebas especiales de electrocardiograma, para ello se sitúa en la carpeta de 'Otras Pruebas'.



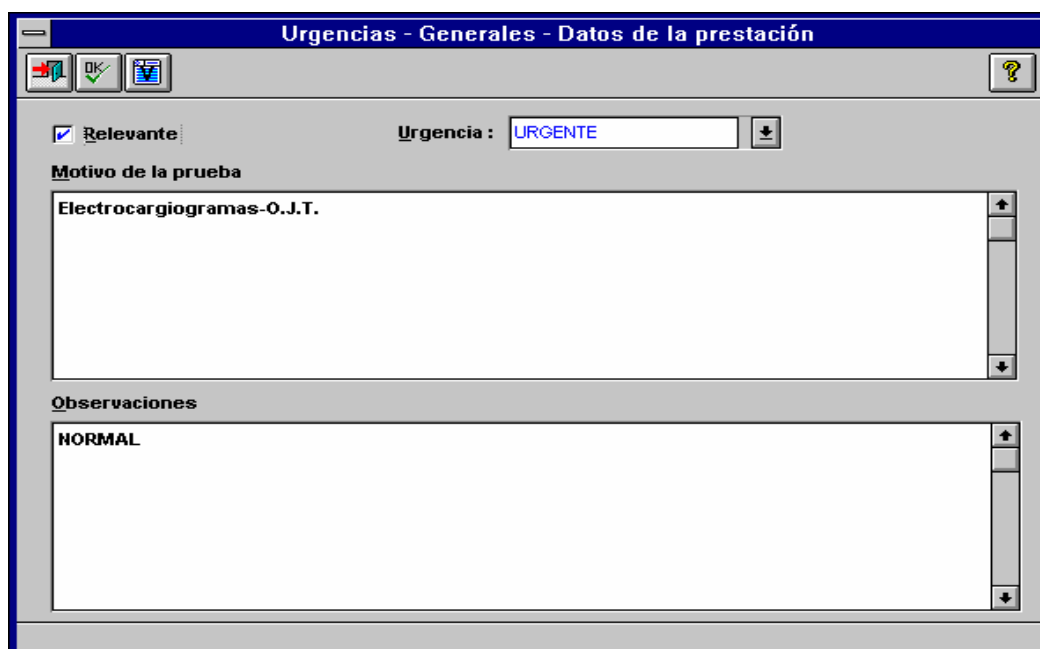
Informe de Alta. Se va a la ventana del informe de alta del paciente tratado para crearlo o modificarlo.

Datos Complementarios De Otras Pruebas

Esta tarea tiene por objeto la introducción de los datos complementarios de la solicitud de una prueba complementaria, gestionada esta solicitud desde la ventana de **Petición de pruebas**.

En la zona de la ventana se muestran los siguientes datos:

- Relevante
- Urgencia
- Motivo de la prueba
- Observaciones



Urgencias - Generales - Datos de la prestación

Relevante Urgencia : URGENTE

Motivo de la prueba

Electrocardiogramas-O.J.T.

Observaciones

NORMAL

Informe De La Prueba

Esta tarea tiene por objeto la consulta e introducción del informe de una prueba seleccionada para el paciente tratado.


En la zona de los datos de la ventana se muestra los siguientes datos:

- Datos identificativos del paciente.
- Informe de la prueba.
- Colegiado que realiza el informe.
- Fecha de la realización

Urgencias - Generales - Informe Electros						
 <p>Osakidetza Servicio vasco de Salud ARANZAZU OSPITALEA Nº Sº DE ARANZAZU DONOSTIA-GIPUZKOA</p> <p>INFORME ELECTROS</p>	Nº Urgencia	Sexo	F. Ingreso	Edad	Tiempo	N.G.
	98047992	MUJER	05/05/1999 9:00	17 M	4:14	M
	Nombre:	VALGAÑÓN GORBEA, MARIA DEL MAR				
	Tipo Urg.:	GENERALES				
Área:	Boxes	Box:	4-2			
<p>Aquí se introduce el informe de la petición de pruebas seleccionada.</p> <p>En este ejemplo se trata del informe de una prueba de electros, tal como indica el título.</p>						
Colegiado:	ARRUEBARRENA LIZARRAGA,D.	Fecha:	05/05/1999	Hora:	13:05	

7. Solicitud de Interconsultas

Mediante esta función se permite realizar las peticiones y consulta de las Hojas de Interconsulta solicitadas a otros Servicios Hospitalarios.

Esta pantalla se presenta al pulsar el botón  desde la pantalla de **Datos del Paciente Hospitalizado**.

En la parte superior de la pantalla se presenta la relación de Interconsultas solicitadas a otros Servicios, identificando a través de colores el estado de las mismas:

Verde: Interconsultas pendientes de Informar resultado

Azul: Interconsultas informadas provisionalmente

Negro: Interconsultas con Informe Definitivo

Por cada una de las Interconsultas solicitadas se muestra la siguiente información:


- **Fecha Solicitud:** Fecha / hora de registro de la solicitud de interconsulta
- **Urg. :** Urgencia de la solicitud. Valores posibles:
 - **N** --> Normal
 - **D** --> En el Día
 - **U** --> Urgente
- **Médico solicitante:** Nombre del Facultativo que realizó la Interconsulta
- **Result. :** Complimentación del Informe Resultado.
 - (vacío) -->Automática (a cumplimentar por el servicio destino)
 - **M** -->Manual (a cumplimentar por el servicio origen)
 - El valor **M** en este campo indica que el servicio destino de la interconsulta no tiene acceso a la aplicación del Puesto Clínico Hospitalario y por consiguiente la información del resultado de la prueba no podrá ser cumplimentada por el mismo. En estos casos se posibilita, al servicio origen, desde esta pantalla registrar la información del resultado de la interconsulta.
- **F. Recepción:** Fecha / hora del primer registro del informe resultado (provisional ó definitivo) por parte del Servicio destino.
- **F. Realización :** Fecha / hora del primer registro del informe resultado definitivo por parte del Servicio destino.
- **De Especialidad:** Servicio origen de la solicitud.



Para solicitar una nueva Interconsulta se recogerá la siguiente información:


Servicio Destino: Obligatorio. Servicio Destino de la Consulta. Se permitirá seleccionar un Servicio de la lista que se despliega al pulsar el combo del campo.

Urgencia: Obligatorio. Urgencia de la interconsulta. Se permitirá seleccionar un dato de la lista que se despliega al pulsar el combo de dicho campo.

Motivo: Obligatorio. Texto de la interconsulta solicitada.

Una vez introducida la información de la interconsulta al pulsar el botón , se añadirá una nueva fila a la tabla de relación de interconsultas solicitadas, permitiendo introducir nuevas interconsultas.

Si se desea modificar alguno de los datos introducidos de las interconsultas solicitadas basta con seleccionar la fila correspondiente de la lista mostrada y al pulsar el botón  se mostrarán los datos de dicha interconsulta en los campos situados en la zona inferior de la pantalla, donde se permitirá su modificación. Al finalizar la modificación deberá volver a pulsar  de nuevo para incorporar la interconsulta a la lista mostrada.

Al pulsar el botón  se registrarán las nuevas interconsultas solicitadas.

Para ver la Hoja de Consulta correspondiente a una interconsulta, basta con seleccionar la fila correspondiente de la lista y con “doble-click”, se muestra el informe correspondiente.

Urgencias - Generales - Solicitud de Interconsultas

Área:
 Boz:
 Paciente:
 Edad:
 Tiempo:

F. Solicitud	Urg.	Médico Solicitante	A Especialidad	Infor.	F. Recepción	F. Realización	De Es

Servicio Destino:
 Urgencia:

Motivo:

CEFALEA

El botón de la parte superior de la pantalla es el siguiente:



Grabar. Graba los cambios efectuados

Para las interconsultas grabadas cuyos servicios destino no tengan acceso a la aplicación del Puesto Clínico Hospitalario se imprime su hoja de consulta.

7.1 Hoja De Consulta De La Interconsulta

Esta tarea tiene por objeto la consulta, modificación e impresión de la interconsulta seleccionada desde la ventana de Solicitud de interconsulta o Resolución de interconsulta.

La ventana presenta la siguiente información:

- Una cabecera con unos datos consulta;
 - Datos del paciente
 - Nº de urgencia
 - Paciente
 - Ubicación
 - Edad
 - Tiempo
- Datos de la interconsulta;
 - Del servicio desde el que se solicita
 - Al servicio que se solicita
 - Fecha / hora petición
 - Médico solicitante
 - Prioridad de la interconsultas
- Parte de datos de la pantalla;
 - Motivo de la solicitud de la interconsulta
 - Informe de la solicitud de interconsulta
 - Médico que realiza el informe.
 - Pie de pagina;
 - Fecha de recepción
 - Firma del médico que realiza el informe

La parte que se puede modificar de la interconsulta es su motivo y su informe. Siempre y cuando el informe sea provisional, ya que si es definitivo no se deja cambiar nada, ya que la interconsulta ya se resolvió, para ello se esconde el botón de grabar.

Al grabar el informe se preguntará por el estado en que va a quedar (provisional, definitivo), para ello se llamará a la ventana de registro.

Urgencias - Generales - Hoja de Consulta

Nº Urgencia: 128534 Paciente: PRUEBA1 PRUEBA1, INFORM Ubicación: Boxes - B Edad: 101 Tiempo: 0:13

Del Servicio/Sección de URGENCIAS - AMBULANTES Al Servicio/Sección de PALIATIVOS HOSPITAL

Petición: Fecha 04/06/2001 Hora 9:49 Médico LAMIQUIZ VALLEJO, ALBERTO

MOTIVO **Urgencias - Interconsultas** rmal

CEFALEA Informe provisional Informe definitivo

COPIA DEL INFORME ORIGEN

RESPUESTAS

Recibí: Fecha Hora Firma

8. Recuperación de altas

Se muestra una lista de los pacientes de la urgencia a los que se les ha solicitado un alta, atendiendo a unos criterios de selección.

Los criterios de selección pueden ser el área, la especialidad, el médico, el nombre y/o los apellidos del paciente.

Por cada paciente aparecen los siguientes campos:

- Tipo de urgencia
- Box / sala
- Área
- Especialidad
- Tiempo en la urgencia
- Número de urgencia
- Nombre
- Edad
- Nivel de gravedad
- Motivo
- Médico
- D.U.E.
- Estado de las pruebas de laboratorio
- Estado de las pruebas de radiología
- Estado de las pruebas complementarias
- Tratamiento
- Diagnóstico

Rojo: Actuaciones pendientes. Paciente con alguna actuación pendiente.

Negro: Actuaciones finalizadas. Paciente con todas las actuaciones finalizadas.

En la parte derecha de la tabla aparecerán una serie de iconos indicando la situación del paciente:



Pendiente de consulta por el especialista.



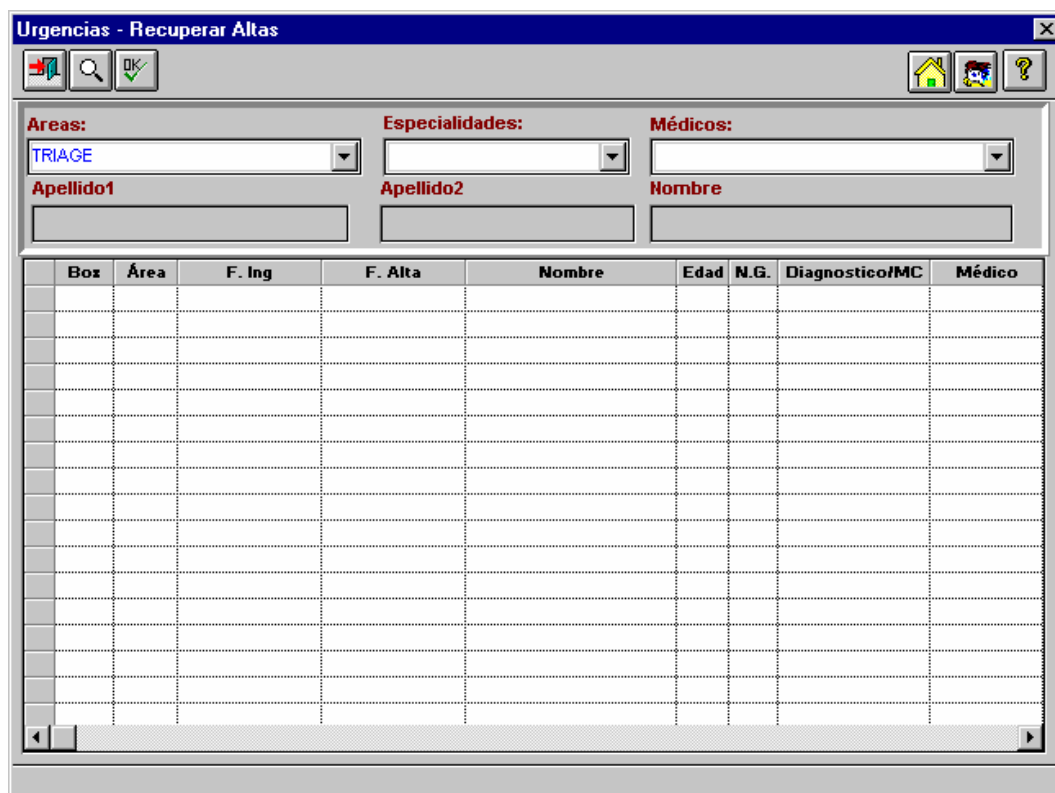
Pendiente de asignar cama en hospitalización.



Pendiente de dar el alta, ya se le ha asignado cama en hospitalización.



Pendiente de ambulancia.



Boz	Área	F. Ing	F. Alta	Nombre	Edad	N.G.	Diagnostico/MC	Médico

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Aceptar. Cuando se selecciona un paciente o se hace doble CLICK en la fila del paciente se comprueba si el usuario tiene permiso para seguir adelante; esta comprobación se realiza por medio de la pantalla de identificación de usuario, si el usuario tiene acceso se presenta la pantalla de **Datos generales del paciente.**

8.1 identificación

El objeto es que el usuario se identifique para ver que está autorizado para realizar la operación que se dispone a realizar.



Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Salir. Salir a la pantalla anterior.

Se puede sustituir por la tecla **<Esc>**.



Aceptar. Valida que el usuario y la password introducida es correctos y tienen permiso para realizar la operación que se ha solicitado.

8.2 Asignación de enfermeras

El objetivo es establecer la enfermera responsable para cada paciente registrado en la urgencia. Los criterios de selección puede ser el área y/o la enfermera responsable actual. Por cada paciente aparecen los siguientes campos:

- Box / sala
- Área
- Especialidad
- Tiempo en la urgencia
- Número de urgencia
- Nombre
- Edad
- Nivel de gravedad
- Motivo / Diagnóstico
- Médico
- D.U.E.
- Estado de las pruebas de laboratorio
- Estado de las pruebas de radiología
- Estado de las pruebas complementarias
- Tratamiento

Rojo: Actuaciones pendientes. Paciente con alguna actuación pendiente.

Negro: Actuaciones finalizadas. Paciente con todas las actuaciones finalizadas.

En la parte derecha de la tabla aparecerán una serie de iconos indicando la situación del paciente:



Pendiente de consulta por el especialista.



Pendiente de asignar cama en hospitalización.



Pendiente de dar el alta, ya se le ha asignado cama en hospitalización.



Pendiente de ambulancia.

Urgencias - Asignación de Enfermeras a Pacientes

Seleccionar Todos Asignar Pacientes

Areas: Actual Enfermera Responsable: ALLEGUE RAZQUIN, M.ANGELES Nueva Enfermera Responsable: ENFERMERA INFORMATICA

Box	Área	TUrg	Nombre	Ed:	N.G.	Diagnostico/	Médico	LB.	Rz.	OT	Trat.	NUrg	Es
B11	Boxes	2:50	MILAGROS, DIEZ MAES	42	M	Accidente Ca	SANCHEZ FE				S	24	
B7	Boxes	1:38	ANGEL, OTADUY URCEL	70	G	ACY / AIT	LOPETEGUI E	L	?		N	51	
B1	Boxes	0:36	PEDRO, GALDOS ARAN	87	G	DISNEA		0	?		S	70	
B2	Boxes	0:25	MIGUEL, GALAN SANCH	75	G	DISNEA		0	?		S	74	

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:

Seleccionar Todos

Seleccionar Todos. Selecciona todas las filas de la tabla.

Asignar Pacientes

Asignar Pacientes. Asignación automática del paciente seleccionado a la enfermera. Se comprueba si el usuario tiene permiso para seguir adelante; esta comprobación se realiza por medio de la pantalla de Selección de pacientes si el usuario tiene acceso se presenta la pantalla de **Recuperación de Altas**.

9. Selección de pacientes con tratamientos pendientes

El objetivo es mostrar los pacientes con tratamientos pendientes por parte de enfermería.

Los criterios de selección pueden ser el área, la especialidad y/o la enfermera responsable actual.

Por cada paciente aparecen los siguientes campos:

- Box / sala
- Área
- Tiempo en la urgencia
- Nombre
- Edad
- Nivel de gravedad
- Motivo / diagnóstico
- Médico
- D.U.E.
- Estado de las pruebas de laboratorio
- Estado de las pruebas de radiología
- Estado de las pruebas complementarias
- Tratamiento
- Número de urgencia
- Especialidad

Rojo: **Tratamientos médicos pendientes.** Paciente que tienen tratamientos médicos pendientes de finalizar.

Negro: **Tratamientos enfermería pendiente.** Pacientes que solamente tienen técnicas o cuidados de enfermería sin finalizar.

En la parte derecha de la tabla aparecerán una serie de iconos indicando la situación del paciente:



Pendiente de consulta por el especialista



Pendiente de asignar cama en hospitalización.



Pendiente de dar el alta, ya se le ha asignado cama en hospitalización.



Pendiente de ambulancia.

Urgencias - Pacientes con tratamiento pendiente

Areas: <Todas> Especialidades: Enfermeras: <Todas>

Box	Área	TUrg	Nombre	Ed	N.G.	Diagnostico/	Médico	D.U.E.	LB.	Rz.	OT	Tra
B11	Boxes	2:46	MILAGROS, DIEZ MAES	42	M	Accidente Ca	SANCHEZ FE	ALLEGUE RA				S
SA	Ambula	2:40	MARIA JOSE, SALSON	24		Accidente La	ORIYE PLAG			?		S
B1	Boxes	2:10	INFORMATICA, PRUEB	101	G	CEFALEA	LAMIQUIZ YA		0	R	?	S
B6	Boxes	2:09	ROSA, CERDEIRO QUIN	53	MG	PALPITACIO	SANDOVAL E	Enf. -7-	FO	R	?	S
B9	Boxes	1:43	IKER, ALAYA MARQUIN	20	G	DORSALGIA	LOPETEGUE				?	S
B3	Boxes	0:51	DOROTEA, HERRANZ A	84	M	Malestar Gen				L		S
B1	Boxes	0:32	PEDRO, GALDOS ARAM	87	G	DISNEA		ALLEGUE RA	0	?		S
B2	Boxes	0:21	MIGUEL, GALAN SANCH	75	G	DISNEA		ALLEGUE RA	0	?		S

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:

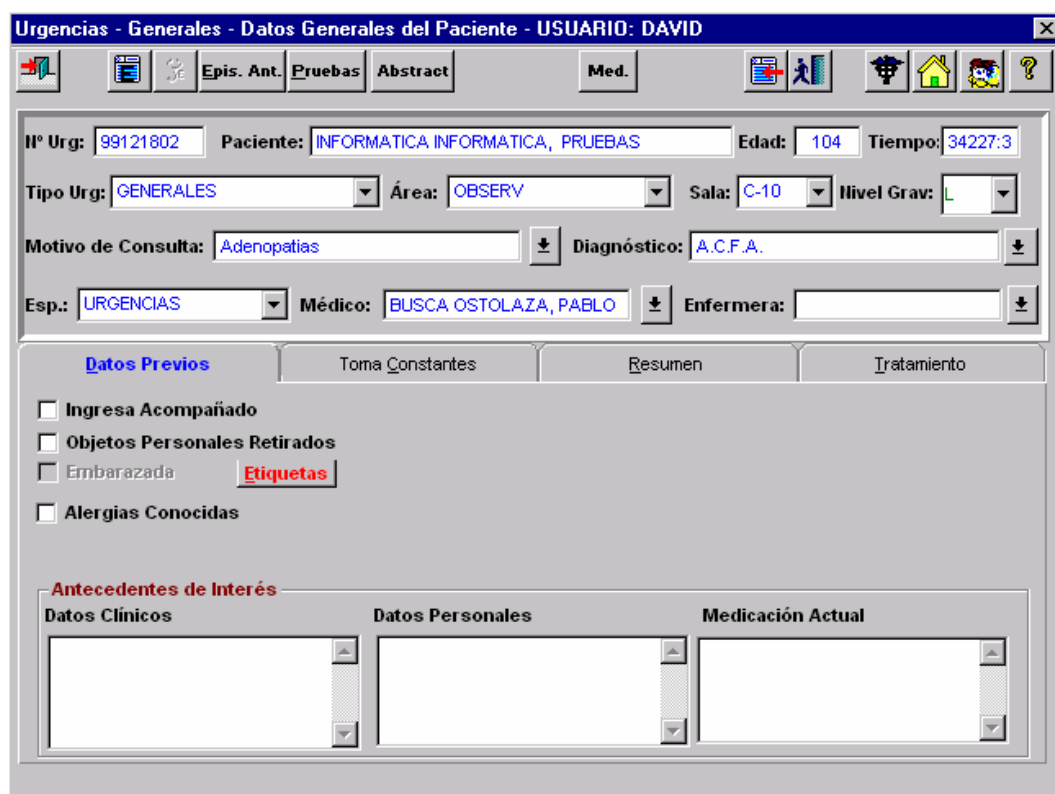


Aceptar. Cuando se selecciona el paciente o se hace doble CLICK en la fila del paciente se presenta la pantalla de Datos generales del paciente.

10. Datos generales del paciente

El objetivo es seleccionar y mantener los datos de tipo general correspondientes al paciente en curso. Se introducirán los datos correspondientes al paciente, entre los que se encuentran:

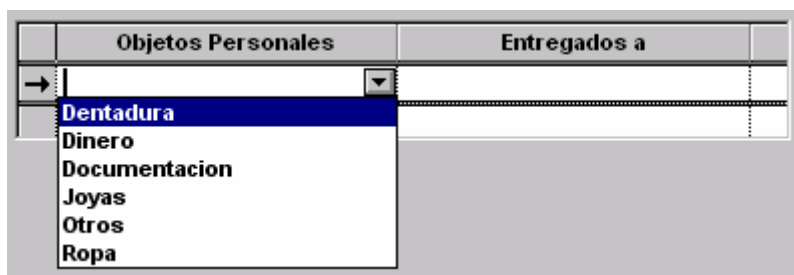
- Datos previos, que nos indicarán si tienen alergias, si ingresa acompañado, los datos generales, personales, medicación actual,... que mostrará los datos introducidos en el Triage.
- Toma de Constantes, donde se visualizarán las diferentes tomas que se le han realizado al paciente y donde se le podrán introducir sucesivas tomas.
- Resumen, donde se muestran las actuaciones realizadas indicando la fecha, la hora y el usuario que las ha realizado.
- Tratamiento, donde se muestra todo el tratamiento que se le ha realizado al paciente.



En esta primera vista vemos la pestaña de datos previos.

Registraremos si el paciente viene acompañado, si se le han retirado objetos personales y a quien se le ha dado, si está embarazada o si sufre de alergias conocidas.

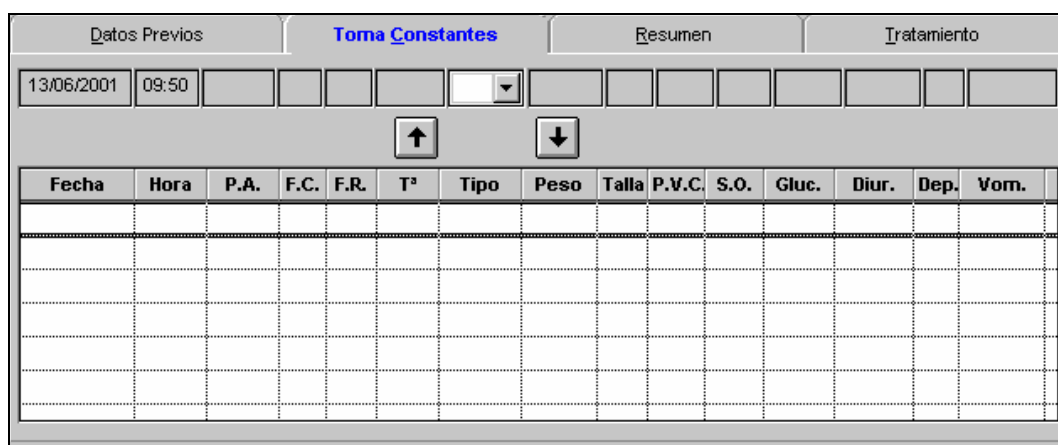
Cuando se marca la casilla de Objetos personales nos aparecerá una tabla donde indicaremos que objetos tenemos la posibilidad de retirar:



Objetos Personales	Entregados a
→ [Dropdown Menu]	
Dentadura	
Dinero	
Documentacion	
Joyas	
Otros	
Ropa	

Seleccionaremos el objeto y luego a quien se le ha entregado. En caso de querer meter un nuevo objeto personal se debe pulsar la tecla *Tabular* del teclado.

Vista de la pestaña **toma de constantes**:





Datos Previos **Toma Constantes** Resumen Tratamiento

13/06/2001 09:50 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []


[↑] [↓]

Fecha	Hora	P.A.	F.C.	F.R.	T ³	Tipo	Peso	Talla	P.V.C.	S.O.	Gluc.	Diur.	Dep.	Vom.

Desde aquí introduciremos las constantes del paciente, para ello tenemos dos botones:

-  Con este botón grabaremos los datos que hemos metido en las cajas de texto, las cuales se corresponde con las columnas de la tabla en la que irán almacenando las diferentes tomas de constantes
-  Con este botón podremos modificar una de la lecturas anteriores.

Para ello simplemente seleccionaremos la fila de la tabla que queramos modificar y pulsaremos este botón. Automáticamente los datos que contenía esa fila aparecerán en los campos superiores para poder modificarlos desde ahí.

Una vez cambiado los datos pulsaremos el botón  para que nos vuelva a grabar los datos en la tabla.

Vista de la **pestaña resumen**:

Datos Previos		Toma Constantes		Resumen		Tratamiento	
Fecha	Hora	Actuación					
14/04/2000	13:00	REGISTRO VALORACION INICIAL EFECTUADA				A?ADIR ORDEN MEDICA AISLAMIENTO, Enterico. Respiratorio. Psiquiatrico. Completo. . MEDICO CONSULTOR EN OTRO CENTRO.	
24/05/2000	10:20	CAMBIO DE MOTIVOS DE CONSULTA					
24/05/2000	10:21	CAMBIO DE MOTIVOS DE CONSULTA					
24/05/2000	10:21	CAMBIO DE MOTIVOS DE CONSULTA					
13/06/2000	18:35	CAMBIO DE DATOS PREVIOS					
13/06/2000	18:36	A?ADIR ORDEN MEDICA					
13/06/2000	18:36	A?ADIR ORDEN MEDICA					
13/06/2000	18:36	A?ADIR ORDEN MEDICA					
13/06/2000	18:36	A?ADIR ORDEN MEDICA					

En esta ventana iremos viendo lo que se ha ido haciendo al paciente, es decir, información de que es lo que se le ha hecho en todo momento en la urgencia, por ejemplo, toma de constantes, informe de alta, petición de una prueba, cambio de ubicación.

Los botones de la parte superior de la ventana son los siguientes:

Epis. Ant.

Episodios Anteriores. Presenta la pantalla de episodios anteriores existentes en PCH.

Pruebas

Pruebas. Presenta la pantalla de pruebas.

Abstract

Abstract. Presenta la pantalla de diagnósticos por episodios del paciente.

Asg.Pte

Asignación paciente. Asignación automática del paciente al usuario. Asignándose como Enfermera o Médico responsable del mismo dependiendo del tipo de usuario.

Enf.

Enfermera. Presenta la pantalla de trabajo de enfermería.

Med.

Médico. Presenta la pantalla de trabajo del médico

Refrescar

Refrescar. Refresco manual de la pantalla

Ingesta

Ingesta. Se va a la ventana de Ingesta del paciente en la que se le indica el menú al mismo.



Alta Paciente. Presenta la pantalla donde se podrá dar de alta al paciente o anular la misma.



Informe de Alta. Se va a la ventana del informe de alta del paciente tratado para crearlo o modificarlo.

11. Asociación de técnicas médicas / técnicas médicas al alta del paciente

El objetivo es asociar una serie de órdenes médicas al paciente que se está tratando, estas órdenes pueden ser asociadas cuando el paciente está en urgencias o cuando se realice su alta.

Esta opción se llama desde la ventana de los **datos generales del paciente por el médico o desde la ventana del Alta** ya que no se permitirá dar de alta si el paciente tiene órdenes médicas pendientes.

En la parte de datos de la ventana tenemos los siguientes datos:

- Datos del paciente.
- Área y Box donde está ubicado el paciente.
- Paciente y edad del mismo.
- Tiempo que lleva en urgencia.
- Diagnóstico principal, con el botón adjunto se va al mantenimiento de los diagnósticos del paciente tratado.
- Una tabla con todas las órdenes médicas / órdenes médicas al alta asociadas al paciente.
- Para cada una se muestra su descripción, su fecha (día / hora) de petición, de finalización y cuando fue visto por enfermería.
- 3 botones para anular, solicitar o finalizar órdenes médicas.
- 1 botón para introducir una orden no protocolizada de texto libre. Pulsando este botón se generara una línea en blanco en la lista de técnicas de pacientes para que se introduzca en formato de texto libre la técnica
- Tablas de técnicas médicas básicas que se asociarán a las órdenes médicas / órdenes médicas al alta, estas pueden ser de los tipos:
 - Medidas generales.
 - Tratamientos generales.
 - Tratamientos por especialidad.
 - Técnicas.
 - Medicación.

Al seleccionar una técnica médica básica, si ésta tiene asociado objetos complejos, se va a una ventana para asociar valores a ese objeto complejo.

En la parte de M. Generales se visualizarán las técnicas médicas básicas de tipo Medidas Generales que se podrán asociar a las órdenes médicas / órdenes médicas al alta del paciente.

Urgencias - Generales - Asociación de Técnicas Médicas

Episodios Ant. Pruebas Ubicar

Area	Box	Paciente	Edad	Tiempo	Diagnóstico
Boxes	B1	PRUEBA1 PRUEBA1, INFORMATICA	101	1:06	

F. Petición	Técnica	F. Fin	V. Enfermería
04 10:41	OXIGENOTERAPIA, % 24.		
04 10:42	SONDA		
→ 04 10:42	Vía Periférica.		

Orden no protocolizada Stop

M. Generales **T. Generales** T. Por Especialidad Técnicas Medicación

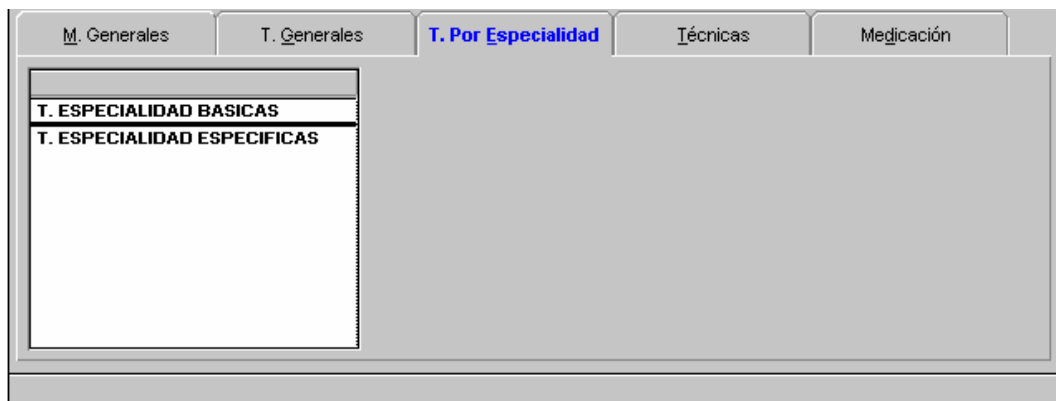
- Vía Central
- Vía Periférica
- S.N.G.
- Sonda Vesical
- Catéter Pleural
- Tubo Pleural
- Sello de Agua
- Válvula de Heimlich

En la parte de T. Generales se visualizarán las técnicas médicas básicas de tipo Técnicas Generales que se podrán asociar a las órdenes médicas / órdenes médicas al alta del paciente.

M. Generales **T. Generales** T. Por Especialidad Técnicas Medicación

TEXTO LIBRE

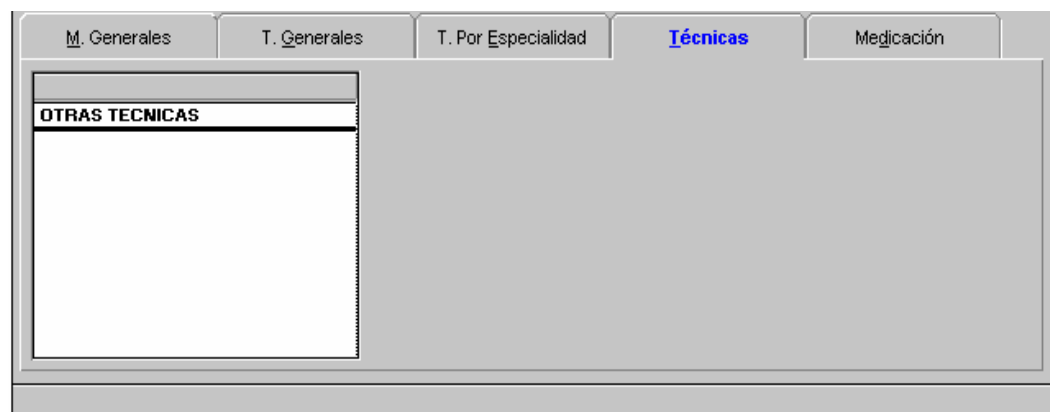
En la parte de T. Especialidad se visualizarán las técnicas médicas básicas de tipo Técnicas por Especialidad que se podrán asociar a las órdenes médicas / órdenes médicas al alta del paciente.



M. Generales T. Generales **T. Por Especialidad** Técnicas Medicación

T. ESPECIALIDAD BASICAS
T. ESPECIALIDAD ESPECIFICAS

En la parte de Técnicas se visualizarán las técnicas médicas básicas de tipo Técnicas que se podrán asociar a las órdenes médicas / órdenes médicas al alta del paciente.



M. Generales T. Generales T. Por Especialidad **Técnicas** Medicación

OTRAS TECNICAS

En la parte de Medicación se visualizarán los medicamentos que se podrán asociar como órdenes médicas / órdenes médicas al alta al paciente.

Se puede presentar los medicamentos según:

- Los medicamentos que pertenezcan al tipo de urgencia del paciente tratado.
- Los medicamentos que pertenezcan a la especialidad del paciente tratado.
- Los medicamentos de urgencias.
- Los medicamentos mas frecuentes.
- Todos.

También se permite buscar una medicación de una forma más rápida introduciendo su descripción o su principio activo en los campos editables.

Por cada medicación seleccionada se podrá seleccionar la dosis, frecuencia, tiempo y vía.

M. Generales		T. Generales		T. Por Especialidad		Técnicas		Medicación	
				<input checked="" type="radio"/> Urgencias <input type="radio"/> Tipo Urgencia <input type="radio"/> Especialidad		<input type="radio"/> Mas Frecuentes <input type="radio"/> Todos		Dosis: <input type="text" value="1"/> <input type="button" value="↓"/> <input type="text" value="unidad"/> <input type="button" value="↓"/>	
								Frecuencia: <input type="text" value="8"/> <input type="button" value="↓"/> <input type="text" value="horas"/> <input type="button" value="↓"/>	
								Durante: <input type="text" value="3"/> <input type="button" value="↓"/> <input type="text" value="días"/> <input type="button" value="↓"/>	
								Via: <input type="text" value="oral"/> <input type="button" value="↓"/>	
MEDICACIÓN	Princ. Activo								
CEDROL COMP 10MG E/30	ZOLPIDEM								
DEPRANCOL 150 MG CAPSULA	DEXTROPROPOF								
DURACEF 500 MG CAPSULA	CEFADROXILO								
EMOLYTAR 350 ML	BREA								
HISMANAL 10 MG	ASTEMIZOL								

Los botones de la pantalla son los siguientes:



Episodios Anteriores. Presenta la pantalla de selección de episodios anteriores



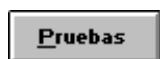
Alta paciente. Se accede a la pantalla de petición de alta del paciente, para realizar el alta o anularla.



Informe de Alta. Se va a la ventana del informe de alta para ver el Informe de Alta del paciente.



Ubicación Pacientes. Nos presentara la pantalla de pacientes pendientes de ubicar para su selección y poder triarlos



Pruebas. Presenta la pantalla de pruebas.



Impresión de Medicación. Imprime la medicación de la medicación el formato de Hoja de Ingreso.



Anulación. Marca una petición como anulada, con el fin de que la Enfermería la anule.



Añadir. Añade una técnica o medicación para ser solicitada al paciente, subiéndola a la tabla de peticiones, una vez que se hallan rellenado todos los campos que definan la orden.



Modificar. Modifica la técnica o medicación que se le va a realizar al paciente y se halla seleccionado en la tabla antes de haberla pedido..



Orden no protocolizada. Añade una entrada en la tabla de peticiones al paciente en la que se puede añadir una petición sin protocolizar (texto libre).



Stop

Stop: Le indicará a la enfermera que debe finalizar la administración de una medicación o técnica que se encuentra sin finalizar ni anular.

12. Plan de trabajo de enfermería

Esta tarea tiene por objeto mostrar toda la lista de actuaciones que se tienen que realizar sobre el paciente por parte de Enfermería. Así mismo se puede añadir nuevas actuaciones, fírmalas, finalizarlas e imprimirlas.

Las actuaciones que puede añadir la enfermería son las técnicas de enfermería y los cuidados. Las que introduce el médico son técnicas médicas, medicamentos y pruebas.

La ventana también tiene otras funcionalidades como ver / añadir el evolutivo del paciente, toma de constantes, ver su valoración inicial, sus pruebas, imprimir el parte de transporte mortuario, el registro de enfermería, acceder al informe de enfermería y añadir medicamentos de enfermería.

Los datos presentados en la pantalla son los siguientes:

- Una cabecera con datos identificativos del paciente:
 - Nº de Urgencia
 - Paciente
 - Edad
 - Tiempo en urgencias
 - Área
 - Box / sala
 - Nivel de gravedad
 - Alergias
- Opciones de pendientes / realizadas / todas

Pulsando estas opciones se carga en las tablas de actuaciones (médicas, enfermería) aquellas que están pendientes / realizadas / todas.

- Una tabla con las actuaciones prescritas por el médico que debe realizar enfermería.
 - O - Orden médica o Técnica médica.
 - P - Prueba (Laboratorio, RX, Otras).
 - M - Medicamento.
- Una tabla con las actuaciones propias de enfermería.
 - C - Cuidado.
 - T - Técnica de enfermería.

La presentación de las actuaciones del paciente dependerá del estado en que se encuentren:

Verde: Actuación pendiente.

Azul: Actuación pendiente con realización de algún cuidado sobre ella.

Negro: Actuación firmada con realización de algún cuidado sobre ella.

Rojo: Actuación firmada sin realizar ningún cuidado sobre ella

Para ir al detalle de una actuación se pulsa un doble clic sobre ella.

Urgencias - Generales - Plan de trabajo a realizar al paciente - USUARIO: I

Constantes E.C.G. I.E. Reg. Enf. Pruebas

Nº Urgencia	Paciente	Edad	Tiempo	Área	Boz/Sala	N.G.
99121802	INFORMATICA INFORMATICA, PRUEBAS	104	34228:4	OBSERV	C-10	L

Alergia

Pendientes Realizados Todos Medicación P.T.M.

Día/Hora P	Ordenes Médicas	H.R.	H.R./P1	H.R./P2	H.R./P3	D.U.E.
P 07 8:45	TORAX P.A.					
P 07 13:43	MANO A.P.					
O 25 16:22	FISICA, Espera en sala, H 1.					PBM
P 31 12:57	Prueba laboratorio	25 16:51				PBM
P 31 13:08	Prueba laboratorio	25 16:51				PBM

Día/Hora P	Actuaciones enfermería	H.R.	H.R./P1	H.R./P2	H.R./P3	D.U.E.
C 25 16:51	Colocar con cabecera incorporada (Fowler)					
T 25 16:51	SONDA NASOGASTRICA, TIPO LEVIN, NUMERO 8.	25 16:51				PBM
T 25 17:00	PEAK FLOW.	25 17:00				PBM

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Imprimir. Imprime las actuaciones cargadas en las tablas de la ventana.

Para seleccionar el botón haremos CLICK con el ratón sobre el mismo o bien pulsaremos la tecla <F11>.



Añadir Evolutivo. Permite añadir información al evolutivo del paciente tratado.

C+

Añadir Cuidado. Se añaden / eliminan / modifican actuaciones de cuidados para el paciente tratado.

T+

Añadir Técnica Enfermería. Se añaden / eliminan / modifican actuaciones de técnicas de enfermería para el paciente tratado..

F

Firma. Firma global o realización de las actuaciones seleccionadas en las tablas de la ventana para el paciente tratado, a excepción de las de medicamento, ya que se debe introducir para ello información adicional.

Existen dos formas de firmar una actuación, una de ellas es seleccionar una / varias actuaciones médicas y/o de enfermería y pulsar este botón de firma global. La otra forma es pulsar un doble click sobre la actuación en la tabla, accediendo al detalle de la misma.

Constantes

Toma de Constantes. Toma de constantes del paciente tratado.

Pruebas

Pruebas. Presenta la pantalla de pruebas.

P.T.M.

Parte de Transporte Mortuario. Imprime el documento parte de transporte mortuario

I.E.

Informe de enfermería. Accede a la creación, modificación del informe de enfermería.

Reg. Enf.

Registro de enfermería. Imprime el documento registro de enfermería

Medicación

Medicación. Accede a la ventana de administración de medicación por parte de Enfermería.

13. Firma de una actuación por parte de enfermería

Esta tarea tiene por objeto permitir la firma y la finalización de una actuación seleccionada en el plan de trabajo de enfermería.

En la parte de datos de la pantalla se muestra los siguientes datos:

- El médico solicitante, la enfermera actual o la que firmó (según el estado de la actuación), junto al número de orden médica.
- La finalización. Activada si es de periodicidad o duración puntual o se finalizó anteriormente.
- La periodicidad de la actuación. (Puntual, planificada, no planificada)
Si la actuación es una técnica de enfermería o prueba sólo puede ser de periodicidad puntual esto significa que al firmarse debe finalizarse automáticamente, igualmente para una actuación de tipo orden médica si se encuentra anulada o en stop al firmarse debe finalizarse automáticamente, pues será de periodicidad puntual, no dejando en estos casos variar la periodicidad.
En los demás casos sí se permite cambiar la periodicidad (Puntual, planificada, no planificada), teniendo en cuenta que cuando se seleccione puntual la actuación si se firma quedará finalizada. En el caso de planificada se deja la opción de introducir el intervalo y tres horas de realizaciones.
- La realización de la actuación, por defecto estará puesta a Sí (a no ser que se firmará anteriormente sin realizar), con fecha de la primera planificación si tiene o la fecha actual.
- El evolutivo de la actuación.

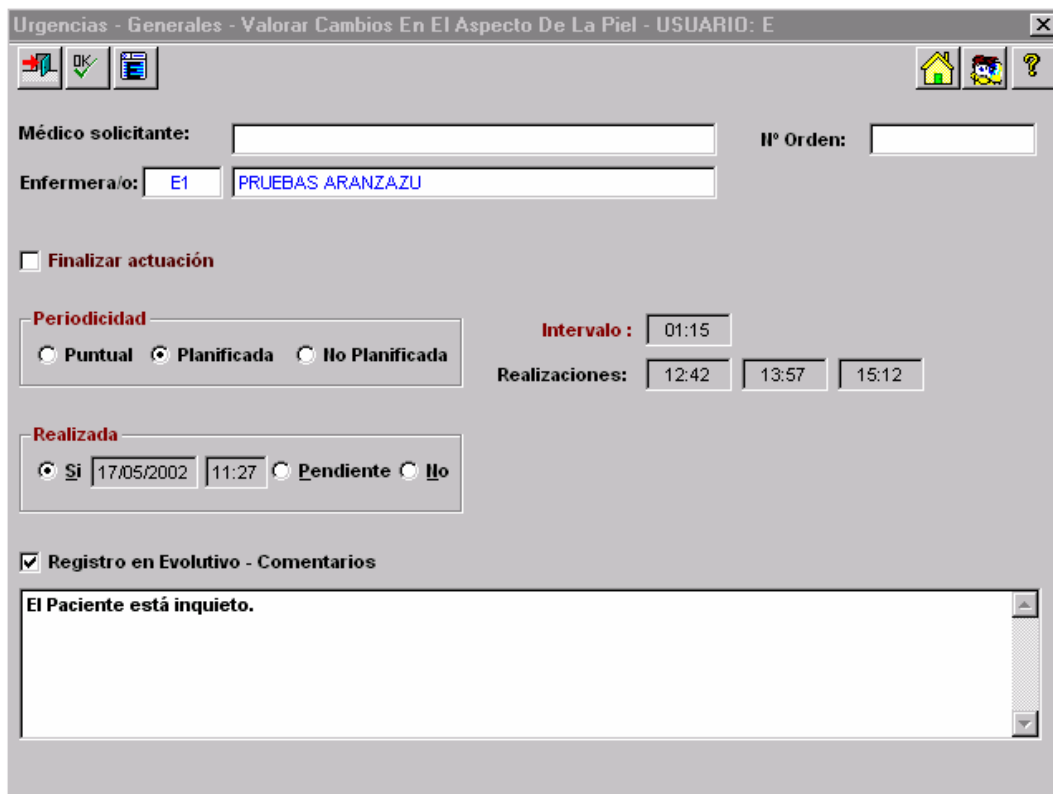
Se permite registrar el evolutivo de la actuación, éste se debe registrar y no ser nulo en el caso de firmar la actuación sin ser realizada, puesto que se debe indicar el motivo de su no realización.

A parte de poder firmar y finalizar la actuación tratada también se permite ver la hoja de evolución del paciente, y añadir actuaciones de cuidados y técnicas de enfermería en el caso de ser la actuación tratada médica (prueba, orden médica, medicamento),.

Si la actuación esta realizada no se permite modificarla, se muestra la ventana en **modo consulta**. Con la posibilidad de poder Desfirmarla y dejarla en el estado inicial en el que se encontraba antes de realizar ninguna actuación con ella.

No se dejará firmar una actuación de tipo orden médica anulada con la opción de finalizada que tenga actuaciones asociadas, primero se debe finalizar estas actuaciones asociadas.

Así mismo si la actuación es de tipo orden médica en **stop** con la opción de finalizada y con actuaciones asociadas se preguntará si a la vez que se firma esta actuación se desea finalizar las asociadas.



The screenshot shows a software window titled "Urgencias - Generales - Valorar Cambios En El Aspecto De La Piel - USUARIO: E". It contains several input fields and controls:

- Médico solicitante:** An empty text box.
- II° Orden:** An empty text box.
- Enfermera/o:** A dropdown menu with "E1" selected and "PRUEBAS ARANZAZU" as the associated name.
- Finalizar actuación:** A checkbox that is currently unchecked.
- Periodicidad:** Radio buttons for "Puntual", "Planificada" (selected), and "No Planificada".
- Intervalo:** A text box containing "01:15".
- Realizaciones:** Three text boxes containing "12:42", "13:57", and "15:12".
- Realizada:** Radio buttons for "Si" (selected), "Pendiente", and "No". The "Si" option includes a date field "17/05/2002" and a time field "11:27".
- Registro en Evolutivo - Comentarios:** A checked checkbox above a text area containing the comment "El Paciente está inquieto."

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Evolutivo. Se accede a la pantalla del Evolutivo de Enfermería con el fin de poder visualizar el mismo.



Añadir Cuidado. Se añaden / eliminan actuaciones de cuidados para el paciente tratado.



Añadir Técnica Enfermería Se añaden / eliminan / modifican actuaciones de técnicas de enfermería para el paciente tratado.



Desfirmar actuación. Con este botón se desfirma una actuación que esté ya previamente firmada, dejándola en un estado inicial, sin ningún tipo de Realización. Sólo aparecerá si entramos en una actuación ya realizada.

14. Firma de una actuación de medicación por parte de enfermería

CONDICIONAL

Esta tarea tiene por objeto permitir la firma y la finalización de una actuación de medicación seleccionada en el plan de trabajo de enfermería.

En la parte de datos de la pantalla se muestra los siguientes datos:

- El médico solicitante, la enfermera actual o la que firmó (según el estado de la actuación), junto al número de orden médica y la prescripción que indicó el médico sobre la actuación del medicamento.
- La finalización. Activada si es de periodicidad o duración puntual o se finalizó anteriormente.
- La periodicidad de la actuación. (Puntual, planificada, no planificada)
Si una actuación es de tipo orden médica anulada o en stop al firmarse debe finalizarse automáticamente, siendo su periodicidad puntual, no se dejará en estos casos variar la periodicidad.
En los demás casos sí se permite cambiarla teniendo en cuenta que, cuando se seleccione puntual, si se firma, quedará la actuación finalizada. En el caso de planificada se deja la opción de introducir el intervalo y tres horas de realizaciones.
- La realización de la actuación, por defecto estará puesta a Si (a no ser que se firmará anteriormente sin realizar), con fecha de la primera planificación si tiene o la fecha actual.
Se debe indicar la dosis y vía en el caso de realizar la actuación del medicamento.
- Dispensaciones del medicamento realizadas hasta el momento de la actuación tratada.
- El evolutivo de la actuación.
Se permite registrar el evolutivo de la actuación, este se debe registrar y no ser nulo en el caso de firmar la actuación sin ser realizada, puesto que se debe indicar el motivo de su no realización.

A parte de poder firmar y finalizar la actuación tratada también se permite ver la hoja de evolución del paciente, y añadir actuaciones de cuidados y técnicas de enfermería.

Si la actuación está realizada no se permite modificarla, se muestra la ventana en modo consulta. Con la posibilidad de poder Desfirmarla y dejarla en el estado inicial en el que se encontraba antes de realizar ninguna actuación con ella.

No se dejará firmar una actuación de tipo medicamento anulada con la opción de finalizada que tenga actuaciones asociadas, primero se debe finalizar estas actuaciones asociadas.

Así mismo si la actuación es de tipo medicamento en stop con la opción de finalizada y con actuaciones asociadas se preguntará si a la vez que se firma esta actuación se desea finalizar las asociadas.

Urgencias - Generales - Abelcet Vial 100 Mg, Dosis: 1 - USUARIO: E

Médico solicitante: IIº Orden:

Enfermera/o:

Prescripción:

Finalizar actuación

Periodicidad

Puntual
 Planificada
 No Planificada

Intervalo:

Realizaciones:

Realizada

Si
 No

Dosis:

Vía:

Fecha dispensación	Dosis	Vía administración

Registro en Evolutivo - Comentarios

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Evolutivo. Se accede a la pantalla del Evolutivo de Enfermería con el fin de poder visualizar el mismo.



Añadir Cuidado Se añade / elimina actuaciones de cuidados para el paciente tratado.



Añadir Técnica Enfermería Se añade / elimina / modifica actuaciones de técnicas de enfermería para el paciente tratado..



Desfirmar actuación. Con este botón se desfirma una actuación que esté ya previamente firmada, dejándola en un estado inicial, sin ningún tipo de Realización. Sólo aparecerá si entramos en una actuación ya realizada.

15. Añadir actuaciones de técnicas de enfermería

Esta tarea tiene por objeto permitir la adición y firma de actuaciones de técnicas de enfermería, además permite la modificación y borrado de las que estén pendientes. Las actuaciones pueden estar asociadas a otra actuación del paciente (se viene de las ventanas Firma de una actuación o una actuación de medicación por parte de enfermería) o directamente asociadas al paciente tratado (se viene de la ventana del Plan de trabajo de enfermería).

También se permite ver la hoja de evolución del paciente tratado.

En la parte de datos de la pantalla se muestra los siguientes datos:

- Una cabecera con los datos identificativos del paciente tratado.
- Una Tabla de Actuaciones de Técnicas.
- Botones para realizar operaciones con las actuaciones de técnicas de enfermería (Solicitar con o sin evolutivo, modificar y eliminar).
- Una Tabla de las técnicas básicas que se pueden asociar a una actuación de técnica, de enfermería pudiéndose elegir entre tres opciones: Técnicas, Curas y Vendajes.

Con esta utilidad se puede añadir y modificar actuaciones de técnicas de enfermería, dejándolas pendientes o firmadas. Si se firma se permite su registro e introducción en el evolutivo (para ir al evolutivo de una técnica se da un doble clic sobre ella).

La firma en la actuación de técnicas de enfermería significa su finalización puesto que la realización de la técnica tiene una duración puntual.

También se permite borrar actuaciones de técnicas de enfermería.

Al seleccionar una técnica básica, si esta tiene asociado objetos complejos, se va a una ventana para asociar valores a ese objeto complejo.

Urgencias - Generales - Añadir Técnicas de Enfermería - USUARIO: E

Nº Urgencia	Paciente	Edad	Tiempo	Área	Boz/Sala N.G.
98047646	ZUBIETA GOMEZ, ALEJANDRA MARIA	39	31463:5	TRIAGE	AREA L

Fecha Petición	Técnica	Firmar	Evolutivo
→ 17/05/2002 11:53	PEAK FLOW.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
→ 17/05/2002 11:53	VENOCLISIS, CENTRAL.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
→ 17/05/2002 11:53	VENOCLISIS, PERIFERICA, AGUJA/ALETA, N? AGUJA 21, LOCALIZACION IZDA., ZONA MA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Técnicas | Vendajes | Curas

Técnicas	VENOCLISIS	PERIFERICA
OXIGENOTERAPIA PEAK FLOW SONDA NASOGASTRICA SONDAJE VESICAL VENOCLISIS CANULA TRAQUEOTOMIA	PERIFERICA CENTRAL RESERVORIO	AGUJA/ALETA CATETER CORTO

Haga Click para confirmar la selección

15.1 Evolutivo De Una Actuación De Técnica De Enfermería

Esta tarea tiene por objeto permitir la introducción / modificación / eliminación del evolutivo asociado a una actuación de técnica de enfermería, seleccionada en la ventana **Añadir actuaciones de Técnicas de enfermería**.

En la parte de datos de la ventana se muestra el evolutivo de la actuación de técnica de enfermería tratada en una caja de texto.

Evolutivo - USUARIO: E

Aquí se escribe el texto del Evolutivo de una determinada de una determinada técnica de Enfermería.

16. Añadir actuaciones de cuidados de Enfermería

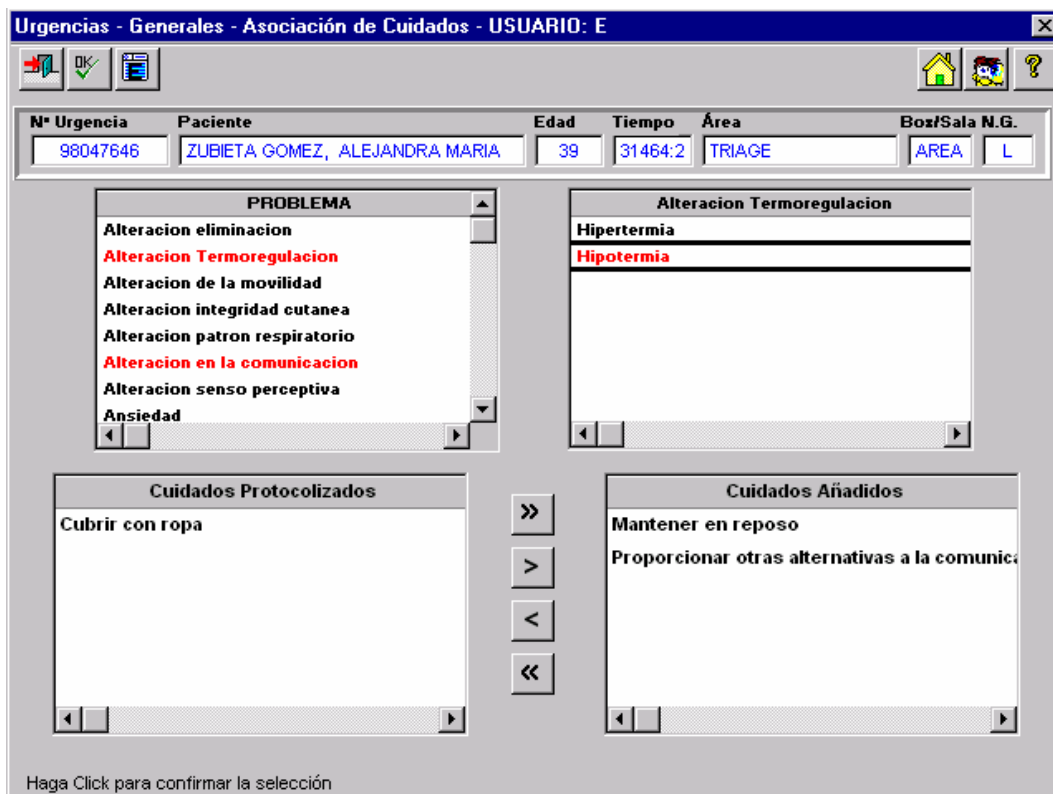
Esta tarea tiene por objeto permitir la adición de actuaciones de cuidados, además permite el borrado de las que estén pendientes. Las actuaciones pueden estar asociadas a otra actuación del paciente (se viene de las ventanas Firma de una actuación o una actuación de medicación por parte de enfermería) o directamente asociadas al paciente tratado (se viene de la ventana del Plan de trabajo de enfermería).

También se permite ver la hoja de evolución del paciente tratado.

En la parte de datos de la pantalla se muestra los siguientes datos:

- Una cabecera con datos del paciente.
- Una Tabla de Problemas
- Una Tabla de Alteraciones asociadas a un problema.
- Una Tabla que contiene los cuidados protocolizados.
- Una Tabla que contiene las actuaciones de los cuidados añadidos.

Cuando se selecciona un problema / alteración se carga en la tabla de los cuidados protocolizados aquellos asociados al problema / alteración seleccionada.



Urgencias - Generales - Asociación de Cuidados - USUARIO: E

N° Urgencia	Paciente	Edad	Tiempo	Área	Boz/Sala N.G.
98047646	ZUBIETA GOMEZ, ALEJANDRA MARIA	39	31464:2	TRIAGE	AREA L

PROBLEMA

- Alteracion eliminacion
- Alteracion Termoregulacion**
- Alteracion de la movilidad
- Alteracion integridad cutanea
- Alteracion patron respiratorio
- Alteracion en la comunicacion**
- Alteracion senso perceptiva
- Ansiedad

Alteracion Termoregulacion

- Hipertermia
- Hipotermia**

Cuidados Protocolizados

- Cubrir con ropa

Cuidados Añadidos

- Mantener en reposo
- Proporcionar otras alternativas a la comunicacion

Haga Click para confirmar la selección

17. Firma de actuaciones por parte de enfermería

Esta tarea tiene por objeto permitir la firma de las actuaciones seleccionadas en el Plan de trabajo de enfermería, sólo se dejará seleccionar aquellas que no están firmadas y que no sean de tipo medicamento (se deben firmar individualmente pues requieren la introducción de mas datos).

En la parte de datos de la pantalla se muestra los siguientes datos:

- Una cabecera con datos identificativos del paciente.
- Una tabla con las actuaciones médicas seleccionadas para ser firmadas.
 - **O** --> Orden médica o Técnica médica.
 - **P** --> Prueba (Laboratorio, RX, Otras).
- Una tabla con las actuaciones propias de enfermería seleccionadas para ser firmadas.
 - **C** --> Cuidado.
 - **T** --> Técnica de enfermería.

La presentación de las actuaciones dependerá del estado en que se encuentren:

Verde: Actuación pendiente sin realizar ningún cuidado sobre ella.

Azul: Actuación pendiente con realización de algún cuidado sobre ella.

Se firmará las actuaciones cuya fecha de realización no sea nula, al entrar en la ventana se pone por defecto la primera fecha prevista de realización, si esta no es nula y sino la fecha del día.

Se podrá seleccionar si la firma de esas actuaciones se incorpora de forma automática al evolutivo

Urgencias - Generales - Firma de actuaciones por parte de enfermería - USUARIO: E

Nº Urgencia	Paciente	Edad	Tiempo	Área	Box/Sala	N.G.
38047646	ZUBIETA GOMEZ, ALEJANDRA MARIA	39	31464:2	TRIAGE	AREA	L

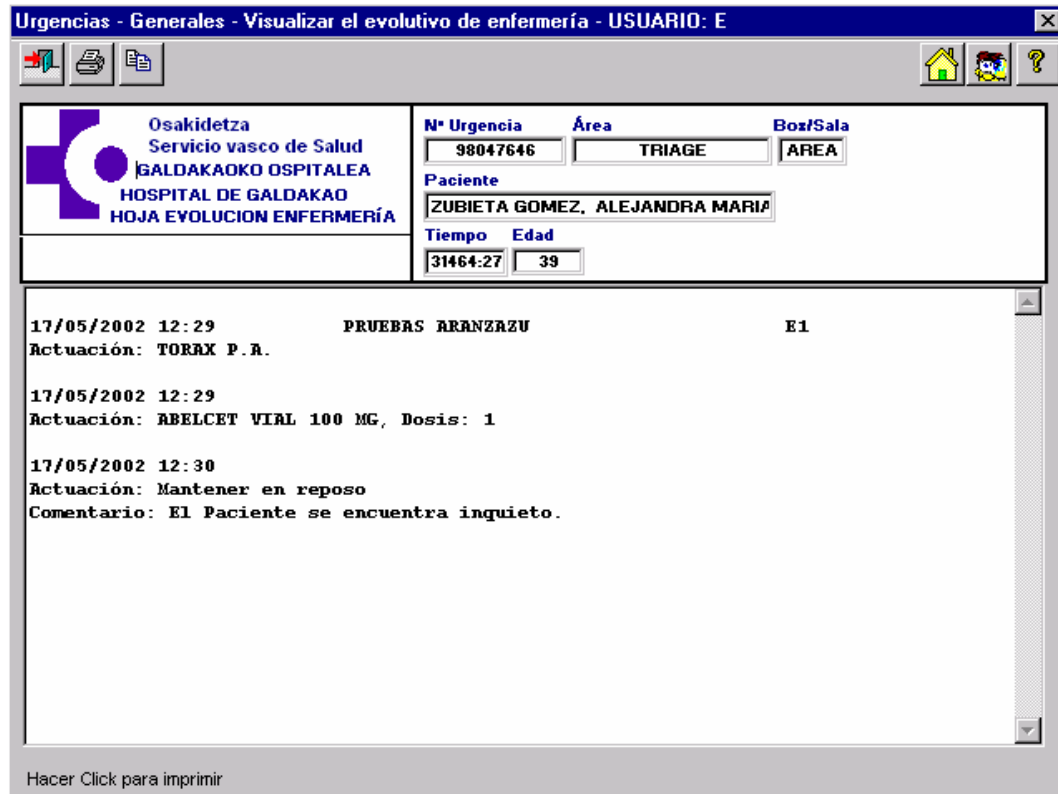
Día/Hora P	Ordenes Médicas	H.R.	Evo.	H.R./P1	H.R./P2	H.R
P 12 15:25	TORAX P.A.	17 12:28	<input checked="" type="checkbox"/>			
P 12 15:27	Cardiología	17 12:28	<input checked="" type="checkbox"/>			

Día/Hora P	Actuaciones enfermería	H.R.	Evo.	H.R./P1	H.R./P2	H.R
C 17 12:23	Mantener en reposo	17 12:28	<input checked="" type="checkbox"/>			
C 17 12:23	Proporcionar otras alternativas a la comunicacion	17 12:28	<input checked="" type="checkbox"/>			


18. Consulta del evolutivo de enfermería

El objetivo es visualizar el evolutivo de enfermería.

Se presentará la siguiente pantalla con el evolutivo de enfermería:



Urgencias - Generales - Visualizar el evolutivo de enfermería - USUARIO: E

 <p>Osakidetza Servicio vasco de Salud GALDAKAOKO OSPITALEA HOSPITAL DE GALDAKAO HOJA EVOLUCION ENFERMERÍA</p>	Nº Urgencia	Área	Box/Sala
	98047646	TRIAGE	AREA
Paciente			
ZUBIETA GOMEZ, ALEJANDRA MARIA			
Tiempo		Edad	
31464:27		39	

17/05/2002 12:29	PRUEBAS ARANZAZU	E1
Actuación: TORAX P. R.		
17/05/2002 12:29		
Actuación: ABELCET VIRAL 100 MG, Dosis: 1		
17/05/2002 12:30		
Actuación: Mantener en reposo		
Comentario: El Paciente se encuentra inquieto.		

Hacer Click para imprimir

El parte superior de la pantalla se identifica al paciente:

- Nº de Urgencia
- Área
- Box / sala
- Paciente
- Tiempo en la urgencia
- Edad

El la parte inferior se visualiza el evolutivo de enfermería con la fecha, la hora y la enfermera que lo registro.

19. Añadir evolutivo de enfermería

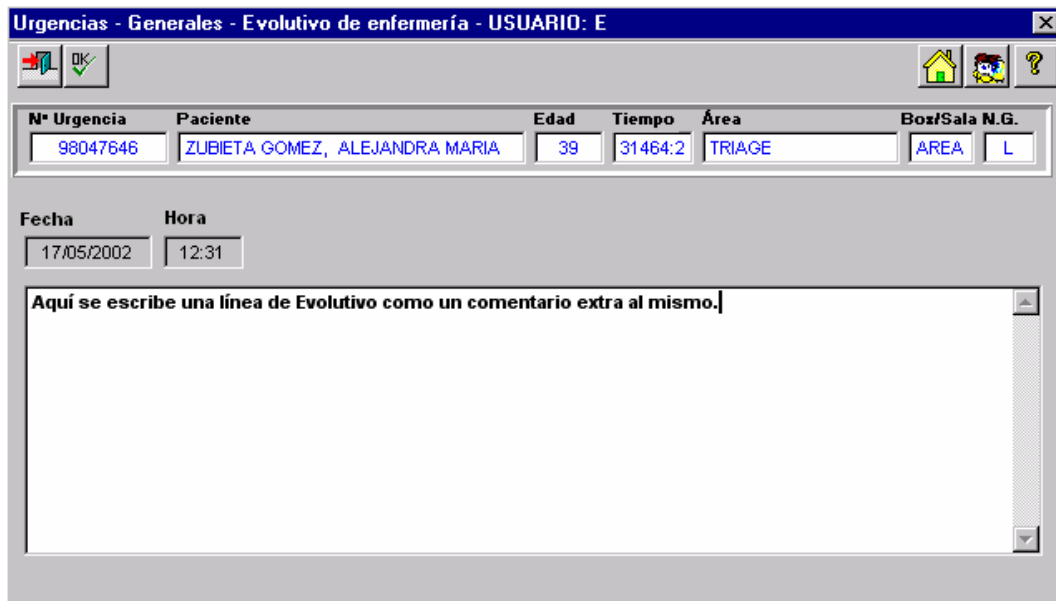
El objetivo es introducir el evolutivo de enfermería.

En la parte superior de la pantalla aparecen los campos que identifican al paciente:

- Nº de Urgencia
- Paciente
- Edad
- Tiempo en la urgencia
- Área
- Box / sala
- Nivel de gravedad

En los campos de fecha y hora se presentan la fecha y la hora actual, si se desea se puede modificar.

Se introduce el evolutivo de enfermería con texto libre.



Nº Urgencia	Paciente	Edad	Tiempo	Área	Box/Sala N.G.
98047646	ZUBIETA GOMEZ, ALEJANDRA MARIA	39	31464:2	TRIAGE	AREA L

Fecha: 17/05/2002 Hora: 12:31

Aquí se escribe una línea de Evolutivo como un comentario extra al mismo.

20. Toma de constantes

El objetivo es la selección de un diagnóstico.

En la parte superior de la pantalla aparecen los campos que identifican al paciente:

- Nº de Urgencia
- Paciente
- Edad
- Tiempo en la urgencia
- Área
- Box / sala
- Nivel de gravedad

En la tabla en la que presentan las características de las tomas de constantes que se le han tomado al paciente.

En la parte inferior de la pantalla se presentan los campos de entrada introducir la toma de constantes.

- Fecha
- Hora
- Presión Arterial (máxima / mínima).
- Frecuencia cardiaca.
- Frecuencia respiratoria.
- Temperatura.
- Tipo de temperatura.
- Peso.
- Talla.
- Presión Venosa Central.
- Saturación de oxígeno.
- Glucosa
- Diuresis
- D.P.S.
- Vómitos

Urgencias - Urgencias Generales I - Toma de Constantes															
Nº Urgencia		Paciente				Edad	Tiempo	Area		Boz/Sala		N.G.			
98047368		ALCIBAR EGURROLA, ISABEL				51	1043:3	Area 2		1		L			
Fecha	Hora	P.A.	F.C.	F.R.	Tº	Tipo	Peso	Talla	P.V.C.	SO2	Glucosa	Diuresis	DPS	Vómitos	
1998-02-2	0:0	6/20	69	69	37.5	Rectal	89.5	2	69	5	5	1	2	6	
1998-02-2	0:0	6/20	69	69	37.5	Axilar	89.5	2	69	5	5	1	2	6	
1999-01-0	0:0	12/5	56	56	39	Axilar	98	123	5666	6666	6666	6666	66	66	
1999-02-2	0:0	0/0			0	Axilar	0								
1999-02-2	12:5	17/8	89	89	39	Rectal	12	56	56	56	56	56	56	56	
1999-02-2	12:8	14/4	78	78	79	Axilar	12								
1999-02-2	12:8	15/5	12	12	38	Rectal	12	233	3333	3333	3333	3333	33	33	
1999-02-2	1:2	16/5	11	11	38	Axilar	12	222	2222	2222	2222	2222	22	22	
1999-02-2	0:0	0/0			38	Axilar	12								
1999-02-2	12:3	15/5	44	44	38.36	Axilar	123.88	555	555	5555	5555	5555	55	55	
1999-02-2	12:32	12/11	111	111	11.88	Rectal	111.88	111	1111	1111	1111	1111	11	11	
1999-03-2	22:0	16/6	222	222	22.55	Axilar	222.88	222	222	2222	2222	2222	22	22	
1999-02-24															


21. Visualizar valoración inicial

El objetivo es visualizar el informe de la valoración inicial e imprimirlo si se desea. Se presentará la siguiente pantalla con el evolutivo de enfermería:

El parte superior de la pantalla se identifica al paciente:

- N° de Urgencia
- Área
- Box / sala
- Paciente
- Tiempo en la urgencia
- Edad

En la parte inferior se visualiza el informe de la valoración inicial con la fecha, la hora en la que se registro.

Urgencias - Urgencias Generales I - Valoración inicial			
 <p>Osakidetza Servicio vasco de Salud ARANZAZU OSPITALEA N° S° DE ARANZAZU DONOSTIA-GIPUZKOA</p>	N° Urgencia	Area	Box/Sala
	98046702	Area 2	1
Paciente			
ALCIBAR EGURROLA, ISABEL			
HOJA VALORACIÓN INICIAL			
Tiempo		Edad	
1043:11		51	
Alteracion neurologica, Patologia ocular.			

22. Informe de enfermería del paciente

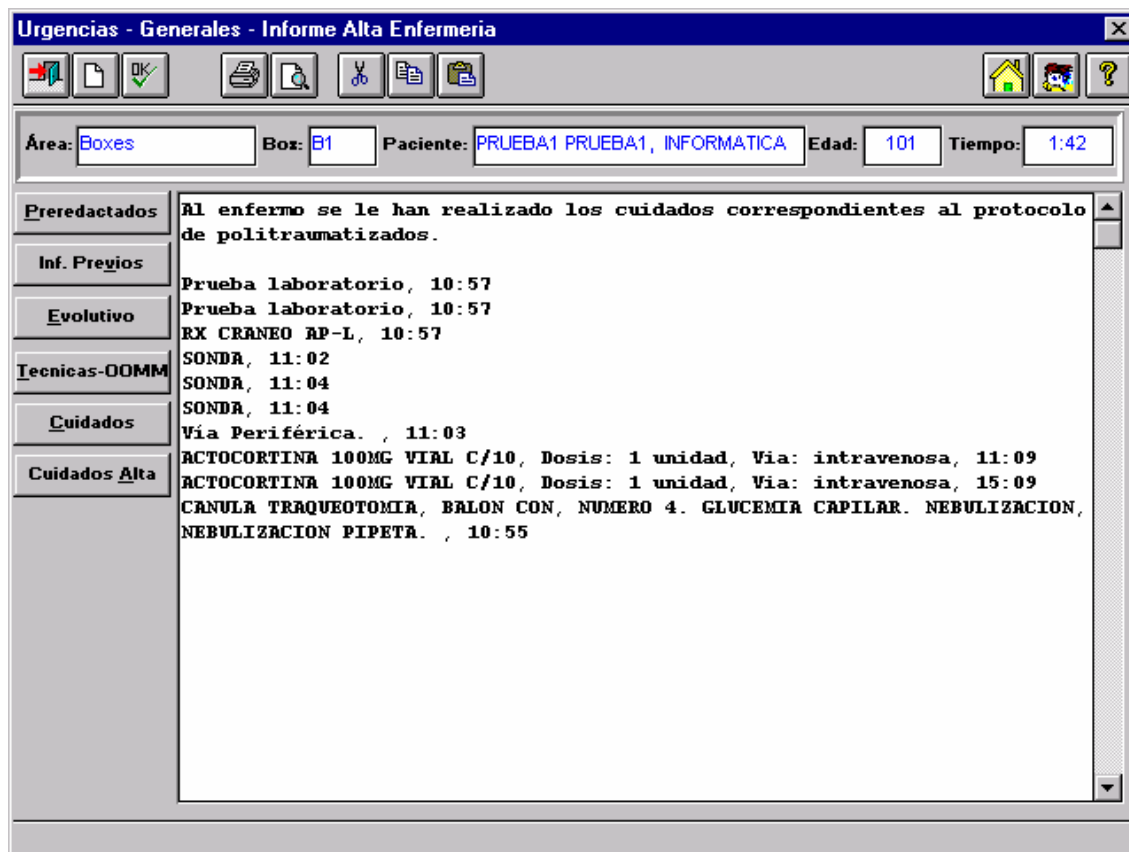
Esta tarea tiene por objeto realizar el Informe de enfermería del paciente tratado.

En la ventana se presenta una caja de texto para introducir la información deseada.

La ventana posee diversas utilidades para facilitar la redacción:

- Los botones de cortar, copiar, pegar del portapapeles y limpiar.
- Botón de fundir o dejar el informe como se encontró en un principio.
- Aplicar preredactados ya definidos para el protocolo del paciente seleccionado.
- Copiar información de:
 - Informes previos del paciente.
 - Evolutivo de enfermería.
 - Técnicas, órdenes médicas
 - Cuidados.

También se permite la impresión o vista preliminar del informe de alta del paciente tratado.



Urgencias - Generales - Informe Alta Enfermería

Área: Boz: Paciente: Edad: Tiempo:

Preredactados
Al enfermo se le han realizado los cuidados correspondientes al protocolo de politraumatizados.

Inf. Previos
Prueba laboratorio, 10:57

Evolutivo
Prueba laboratorio, 10:57
RX CRANEO AP-L, 10:57

Técnicas-OOMM
SONDA, 11:02
SONDA, 11:04
SONDA, 11:04

Cuidados
Via Periférica. , 11:03

Cuidados Alta
ACTOCORTINA 100MG VIAL C/10, Dosis: 1 unidad, Via: intravenosa, 11:09
ACTOCORTINA 100MG VIAL C/10, Dosis: 1 unidad, Via: intravenosa, 15:09
CRANULA TRAQUEOTOMIA, BALON CON, NUMERO 4. GLUCEMIA CAPILAR. NEBULIZACION, NEBULIZACION PIPETA. , 10:55

Los botones que aparecen en la parte superior son los siguientes:



Vista preliminar. Muestra una vista preliminar del informe de alta del paciente tratado.

Para seleccionar el botón haremos CLICK con el ratón sobre el mismo o bien pulsaremos la tecla <F2>.




Cortar. Corta el texto seleccionado en la ventana dejándolo en el portapapeles.



Copiar. Copia el texto seleccionado en la ventana, dejándolo en el portapapeles.



Pegar. Pega el contenido del portapapeles donde el cursor este situado

 <p>Osakidetza Servicio vasco de Salud TXAGORRITXU OSPITALEA HOSPITAL TXAGORRITXU VITORIA - GASTEIZ</p>		<p>F. Ingreso 02/05/2001</p> <p>F. Alta 02/05/2001</p>
<p>INFORME</p>		<p>Paciente PRUEBA1 PRUEBA1, INFORMATICA</p> <p>Servicio URGENCIAS - AMBULANTES</p>
<p>Al enfermo se le han realizado los cuidados correspondientes al protocolo de politraumatizados</p> <p>CANULA TRAQUEOTOMIA, BALON CON, NUMERO 6. , 12:51</p> <p>ACTOCORTINA 100MG VIAL C/10, Dosis: 1 unidad, Via: intravenosa, 12:52</p> <p>ACTOCORTINA 100MG VIAL C/10, Dosis: 1 unidad, Via: intravenosa, 12:52</p> <p>Informar procedimientos, 12:51</p> <p>Vigilar distensión, 12:51</p> <p>Observar cantidad y características, 12:51</p>		

El botón que aparece en la parte superior es el siguiente:



Copiar. Deja en el portapapeles los datos seleccionados y regresa a la ventana anterior.

Para seleccionar el botón haremos CLICK con el ratón sobre el mismo

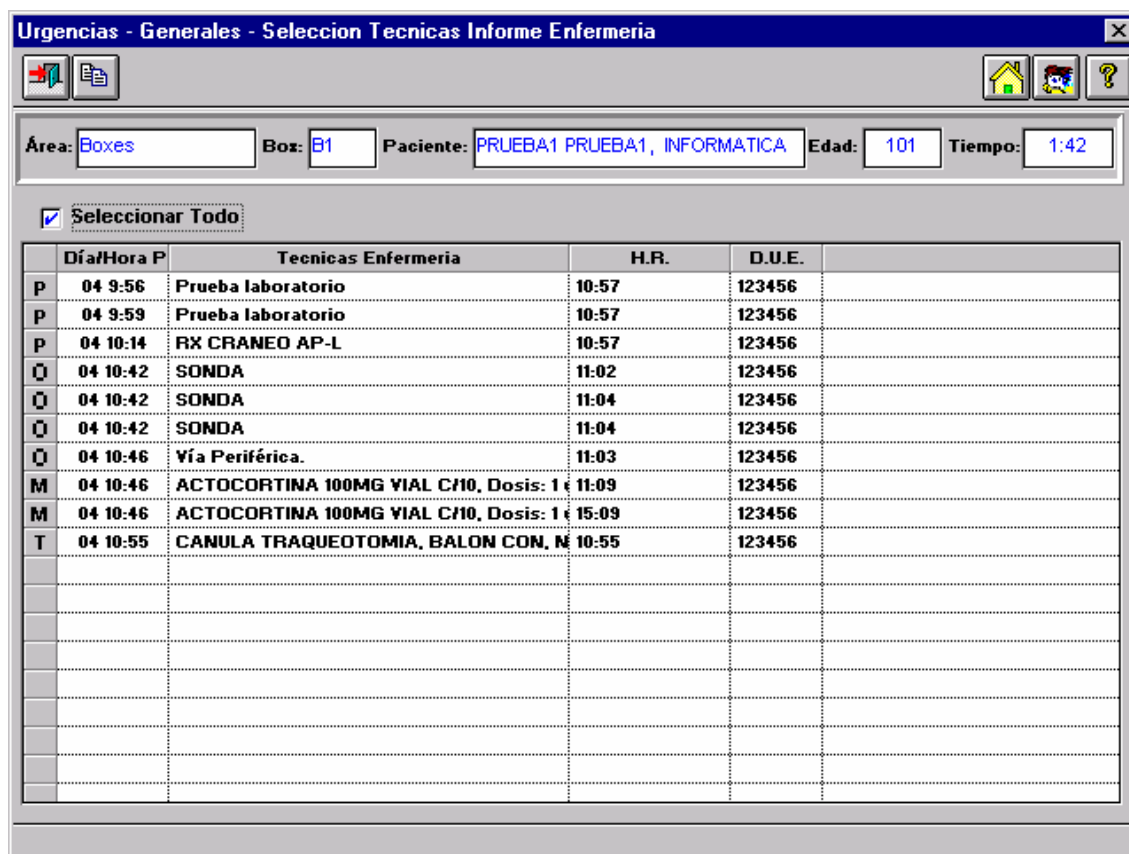
22.3 Selección De Técnicas, órdenes médicas para el informe

Esta tarea tiene por objeto la selección de órdenes médicas y técnicas que se aplicaron al paciente tratado para llevarlo al informe de enfermería.

Se muestra una tabla cargada con las técnicas y órdenes médicas aplicadas al paciente tratado, pulsando sobre los datos deseados con el botón derecho del ratón se van seleccionando y coloreando en rojo. Al pulsar el botón Ok se deja en el portapapeles los datos seleccionados.

Los datos mostrados de las constantes;

- Día y hora de la petición.
- Técnica de enfermería.
- Hora de realización
- D.U.E. que lo realizó



Urgencias - Generales - Seleccion Tecnicas Informe Enfermeria

Área: Box: Paciente: Edad: Tiempo:

Seleccionar Todo:

	Día/Hora P	Tecnicas Enfermeria	H.R.	D.U.E.
P	04 9:56	Prueba laboratorio	10:57	123456
P	04 9:59	Prueba laboratorio	10:57	123456
P	04 10:14	RX CRANEO AP-L	10:57	123456
Q	04 10:42	SONDA	11:02	123456
Q	04 10:42	SONDA	11:04	123456
Q	04 10:42	SONDA	11:04	123456
Q	04 10:46	Vía Periférica.	11:03	123456
M	04 10:46	ACTOCORTINA 100MG YIAL CH10, Dosis: 1	11:09	123456
M	04 10:46	ACTOCORTINA 100MG YIAL CH10, Dosis: 1	15:09	123456
T	04 10:55	CANULA TRAQUEOTOMIA, BALON CON, N	10:55	123456

El botón de la parte superior de la pantalla es el siguiente:



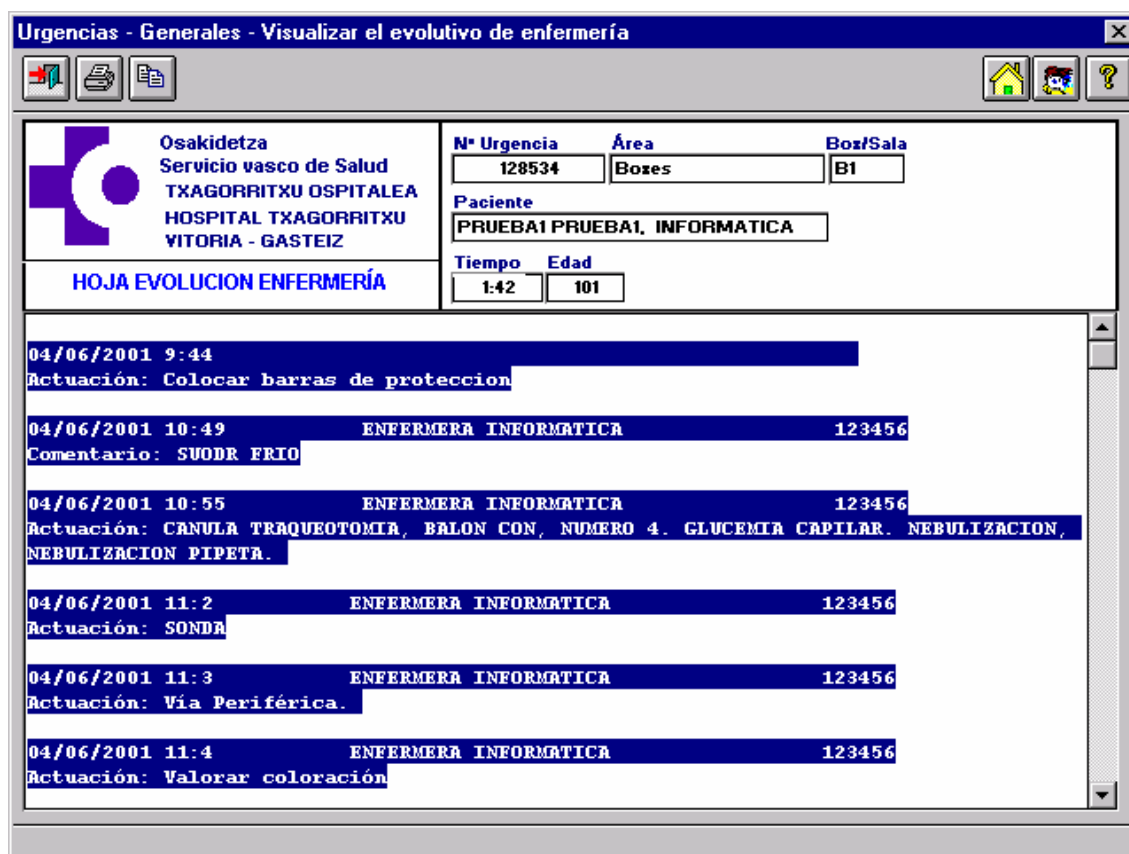
Copiar. Deja en el portapapeles los datos seleccionados y regresa a la ventana anterior.

Para seleccionar el botón haremos CLICK con el ratón sobre el mismo

22.5 Selección De Evolutivo De Enfermería Para El Informe De Enfermería

Esta tarea tiene por objeto la selección de parte o todo el evolutivo de enfermería del paciente tratado para llevarlo al informe de enfermería.

Se muestra una con el evolutivo de enfermería del paciente tratado. Seleccionando la parte del evolutivo que queremos volcar en el informe, al pulsar el botón copiar se dejan en el portapapeles los datos seleccionados.



Urgencias - Generales - Visualizar el evolutivo de enfermería

Osakidetza
Servicio vasco de Salud
TXAGORRITXU OSPITALEA
HOSPITAL TXAGORRITXU
VITORIA - GASTEIZ

HOJA EVOLUCION ENFERMERÍA

Nº Urgencia	Área	Box/Sala
128534	Boxes	B1

Paciente
PRUEBA1 PRUEBA1, INFORMATICA

Tiempo	Edad
1:42	101

04/06/2001 9:44
Actuación: Colocar barras de proteccion

04/06/2001 10:49 ENFERMERA INFORMATICA 123456
Comentario: SUODR FRIO

04/06/2001 10:55 ENFERMERA INFORMATICA 123456
Actuación: CANULA TRAQUEOTOMIA, BALON CON, NUMERO 4. GLUCEMIA CAPILAR. NEBULIZACION, NEBULIZACION PIPETA.

04/06/2001 11:2 ENFERMERA INFORMATICA 123456
Actuación: SONDA

04/06/2001 11:3 ENFERMERA INFORMATICA 123456
Actuación: Via Periférica.

04/06/2001 11:4 ENFERMERA INFORMATICA 123456
Actuación: Valorar coloración

El botón de la parte superior de la pantalla es el siguiente:



Copiar. Deja en el portapapeles los datos seleccionados y regresa a la ventana anterior.

23. Episodios Anteriores

Se muestra una lista de los episodios anteriores registrados en PCH para el/los paciente/s que cumpla los criterios de selección.

Los criterios de selección son:

- Historia
- CIP
- Nombre y apellidos
- Fecha ingreso
- Fecha alta
- Médico responsable

Urgencias - Panel general de Episodios Anteriores de Urgencias

Nº Historia: Cip: Nombre: Apellidos:

F.Ingreso: F.Aalta: Médicos:

Tipo U	Box	Área	F. Ing	F. Alta Sol	Nombre	Eda	N.G.	Diagnostico/	Médu
GENEF	SA	Ambula	28/05/2001 9:18	28/05/2001 16:31	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B10	Boxes	25/05/2001 9:01	25/05/2001 13:46	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	24/05/2001 10:31	24/05/2001 16:24	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B10	Boxes	09/05/2001 16:51	09/05/2001 17:31	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	09/05/2001 16:25	09/05/2001 16:27	INFORMATICA, PRUEB	101	G	AUTOLISIS	
GENEF	B1	Boxes	09/05/2001 15:41	09/05/2001 16:18	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	09/05/2001 8:43	09/05/2001 15:03	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	04/05/2001 12:43	04/05/2001 13:14	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	04/05/2001 11:56	04/05/2001 12:25	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ABDOMEN A	
GENEF	B1	Boxes	04/05/2001 10:48	04/05/2001 11:21	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	03/05/2001 9:51	03/05/2001 10:01	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	03/05/2001 9:34	03/05/2001 9:51	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	03/05/2001 9:22	03/05/2001 9:32	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	02/05/2001 12:07	02/05/2001 13:15	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ABDOMEN A LAMIQU	
GENEF	B10	Boxes	30/04/2001 20:12	01/05/2001 15:05	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	
GENEF	B1	Boxes	30/04/2001 9:58	30/04/2001 15:08	INFORMATICA, PRUEB	101	G	ALTERACION	

La información que se muestra es la siguiente:

- Tipo urgencia
- Box
- Área
- Fecha ingreso
- Fecha alta
- Nombre
- Edad
- Nivel de gravedad
- Diagnóstico
- Médico responsable

24. Abstract

Se muestra una lista de los diagnósticos registrados para todos los episodios (urgencias, hospitalización y consultas externas) existentes en el hospital de los pacientes que cumplan los criterios de selección.

Los criterios de selección son:

- Historia
- CIP
- Nombre y apellidos

Diagnósticos en los Episodios del Paciente						
Historia	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	C.I.P.		
5	PRUEBA1	PRUEBA1	INFORMATICA	92059804		
F. Ingreso	F. Alta	Serv. Ingreso	Serv. Alta	Epi	Código	Diagnóstico
4/5/01 11.	4/5/01 12.	URGENCIAS - A		U	7890	DOLOR ABDOMINAL
02/05/2001	02/05/01	URGENCIAS - A		U		
20/04/2001	20/04/01	URGENCIAS - A		U		
09/04/2001	10/04/01	URGENCIAS DE		U	7840	CEFALEA
02/04/2001	03/04/01	URGENCIAS - A		U		
29/03/2001	29/03/01	URGENCIAS - A		U		
20/02/2001	20/02/01	URGENCIAS - A		U		
13/12/2000	13/12/00	URGENCIAS DE		U	5770	PANCREATITIS AGUDA

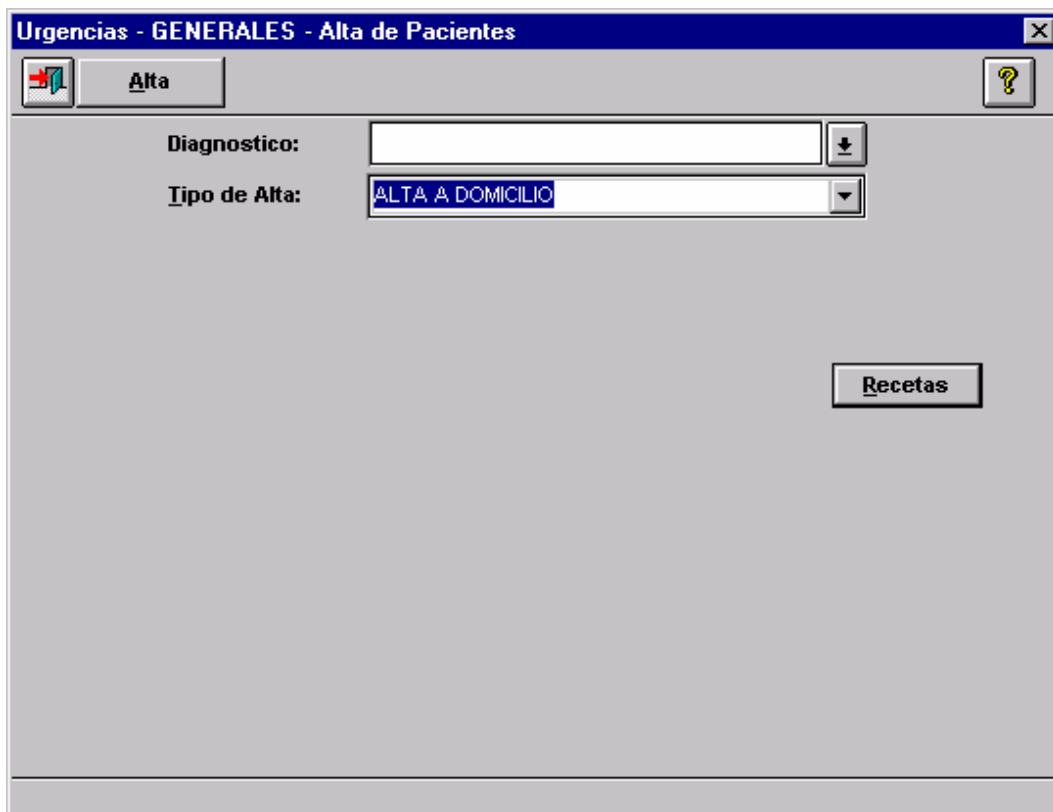
La información que se muestra es la siguiente:

- Fecha ingreso
- Fecha alta
- Servicio de ingreso
- Servicio al alta
- Tipo de episodio (urgencia / hospitalización / consultas externas)
- Código de diagnóstico
- Descripción de diagnóstico

25. Alta de pacientes

El objetivo es solicitar el alta de un paciente. Para ello se seleccionará el tipo de alta y dependiendo del tipo de alta solicitada se solicitará otra información.

Nos permitirá introducir el diagnóstico del paciente para su codificación



Urgencias - GENERALES - Alta de Pacientes

Alta

Diagnostico:

Tipo de Alta: ALTA A DOMICILIO

Recetas

Dependiendo del tipo de alta que se solicite al paciente aparecerán los siguientes botones:

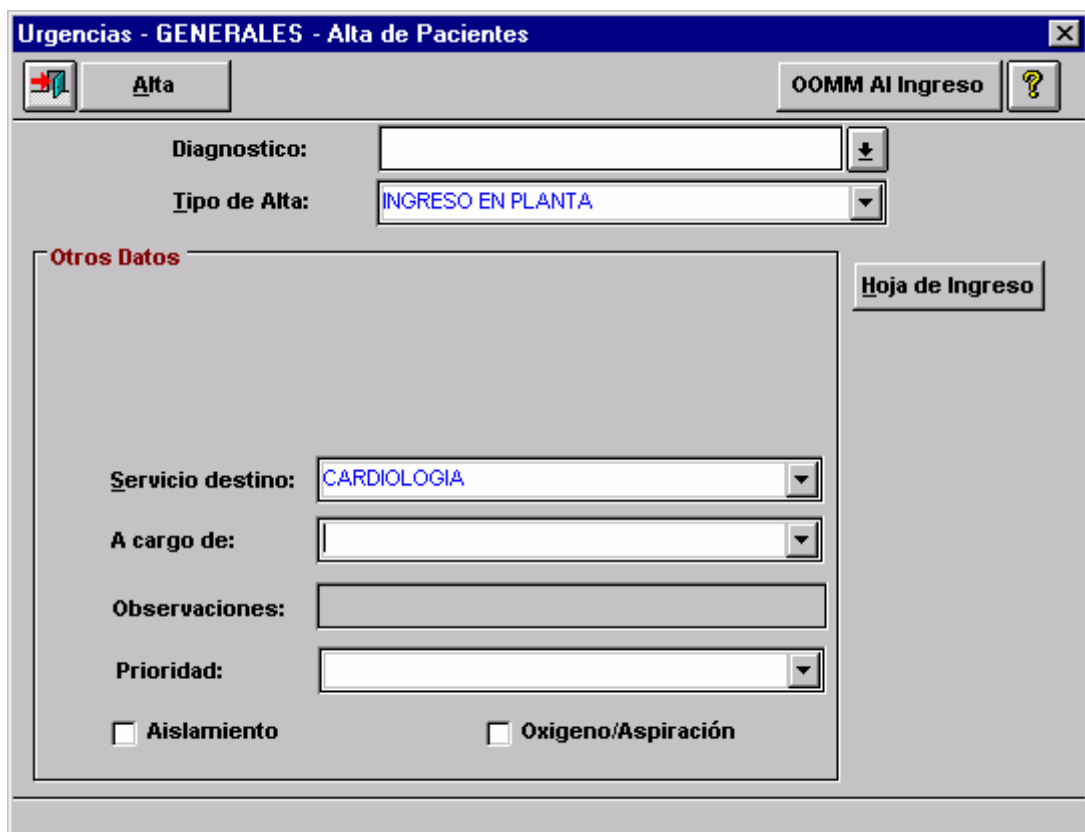
- Volante de ambulancia
- Informe de alta voluntaria
- Recetas
- Hoja de Ingreso
- OOMM al ingreso
- Autorización autopsia

Los diferentes tipos de alta que se pueden solicitar son:

- Alta a domicilio
- Alta a domicilio en ambulancia
- Ingreso
- Alta voluntaria
- Traslado a otro centro
- Exitus
- Consultas externas

Dependiendo del tipo de alta que se soliciten se deberá de cumplimentar una serie de datos como el servicio de ingreso, el centro al que se traslada ... En el caso de un ingreso por ejemplo se solicitan los siguientes campos

- Servicio destino del paciente, es obligatorio
- A cargo de que médico se ingresa (opcional)
- Observaciones al ingreso (datos para admisión)
- Prioridad con que admisión debe de tratar el ingreso
- Si el paciente necesita aislamiento o oxigenación



Urgencias - GENERALES - Alta de Pacientes

Alta OOMM Al Ingreso ?

Diagnostico: []

Tipo de Alta: INGRESO EN PLANTA

Otros Datos

Servicio destino: CARDIOLOGIA

A cargo de: []

Observaciones: []

Prioridad: []

Aislamiento Oxigeno/Aspiración

Hoja de Ingreso

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:

Alta

Alta. Genera la petición del alta seleccionada para su gestión a admisión

Anular alta

Anulación Alta. Permite la anulación del alta solicitada a admisión. Esta anulación sólo se podrá producir si admisión todavía no ha gestionado el alta administrativa. Si el alta administrativa ya ha sido efectuada se emitirá un mensaje indicando que se avise a admisión para su anulación administrativa. Una vez que se haya producido esta anulación se podrá realizar la anulación del alta P.C.H.

Vol. Ambul.

Informe Alta Voluntaria. Presenta la pantalla de volante de informe del alta para generarlo y/o imprimirlo

Inf. Alta Vol.

Informe Alta Voluntaria. Presenta la pantalla de volante de informe del alta para generarlo y/o imprimirlo

OOMM Al Ingreso

Órdenes Médicas Al Ingreso. Nos permite generar técnicas y medicamentos que se asocian al ingreso del paciente, además permitirá imprimir la hoja de medicación al ingreso

Recetas

Recetas. Accederemos a la pantalla de solicitud de rectas para su impresión

Hoja de Ingreso

Hoja De Ingreso. Presenta la pantalla donde se introducirán en formato de texto libre las órdenes de ingreso para su impresión.

26. Informe De Alta Del Paciente

Esta tarea tiene por objeto realizar el Informe de Alta del paciente tratado.

El informe del alta esta dividido en una serie de apartados, estos apartados dependerán del protocolo seleccionado para el paciente, si para el paciente no hay todavía ningún protocolo seleccionado se presenta una ventana de selección de protocolos antes de la cumplimentación del informe.

En la ventana se presenta una caja de texto con los apartados del informe, para cada uno se puede introducir la información deseada.

La ventana posee diversas utilidades para facilitar la redacción:

- Los botones de cortar, copiar, pegar del portapapeles y limpiar.
- Botón de fundir o dejar el informe como se encontró en un principio.
- Botón de petición de recetas
- Botón de selección de preredactado
- Aplicar preredactados ya definidos para el protocolo del paciente seleccionado.
- Copiar información de:
 - Informes previos de infogen del paciente.
 - Tomas de constantes del paciente.
 - Pruebas Analítica, RX, otras.
 - Interconsultas
 - Actuaciones.
 - Diagnósticos.
 - Recetas
 - Órdenes médicas
 - Asociación de documentos Word al informe (Órdenes al alta)
- Enlace con la aplicación Clinic.

También se permite la impresión o vista preliminar del informe de alta del paciente tratado.

Urgencias - Generales - Informe Alta Paciente

Área:
 Boz:
 Paciente:
 Edad:
 Tiempo:

Varón de 101 años que acude por CEFALEA
 ANTECEDENTES PERSONALES:
 Alérgico a: penicilina.- Sin antecedentes de interés para el proceso actual..- Antecedentes Personales sin interés para el proceso actual..- Antecedentes Personales sin interés para el proceso actual..- Sin antecedentes de interés para el proceso actual.No refiere alergias conocidas
 ENFERMEDAD ACTUAL:
 EXPLORACION GENERAL:
 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
 TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS:

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Vista preliminar. Muestra una vista preliminar del informe de alta del paciente tratado.

Para seleccionar el botón pulsaremos la tecla <F2>.



Cortar. Corta el texto seleccionado en la ventana dejándolo en el portapapeles.



Copiar. Copia el texto seleccionado en la ventana, dejándolo en el portapapeles.



Pegar. Pega el contenido del portapapeles donde el cursor este situado



Petición Recetas. Se presenta la pantalla de solicitud de recetas



Selección Protocolo. Muestra una lista de los protocolos de informes que se pueden seleccionar para su utilización en el informe

La ventana nos presenta una serie de funcionalidades para que la generación del informe de alta sea lo más cómoda posible, estas opciones son:

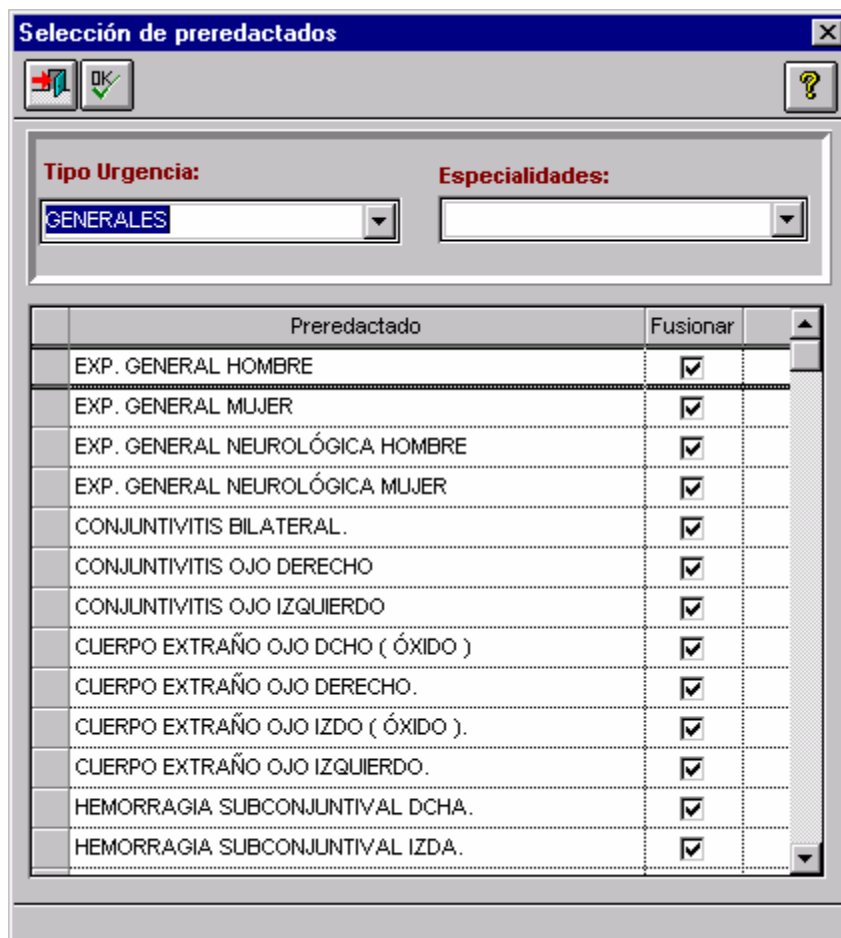
26.1 Selección De Prerredactados

Esta tarea tiene por objeto la selección de un prerredactado definido en la aplicación, a nivel de tipo de urgencia o especialidad para el protocolo del paciente tratado.

Un prerredactado es una plantilla de un tipo de informe muy concreto que se presenta en el 90% de los casos que se tratan para un tipo determinado de

En la ventana se muestra una tabla cargada con los prerredactados según el nivel seleccionado y que pertenecen al protocolo del paciente tratado.

En la lista se muestran la descripción del prerredactado y un indicativo de si el prerredactado es de tipo fusión o no. Si esta seleccionado la columna de fusionar indica que ese prerredactado se añadirá a lo que tenemos escrito en el informe. En cambio si el prerredactado no es de tipo fusión eliminará todo el informe y dejará sólo el prerredactado seleccionado.



Prerredactado	Fusionar
EXP. GENERAL HOMBRE	<input checked="" type="checkbox"/>
EXP. GENERAL MUJER	<input checked="" type="checkbox"/>
EXP. GENERAL NEUROLÓGICA HOMBRE	<input checked="" type="checkbox"/>
EXP. GENERAL NEUROLÓGICA MUJER	<input checked="" type="checkbox"/>
CONJUNTIVITIS BILATERAL.	<input checked="" type="checkbox"/>
CONJUNTIVITIS OJO DERECHO	<input checked="" type="checkbox"/>
CONJUNTIVITIS OJO IZQUIERDO	<input checked="" type="checkbox"/>
CUERPO EXTRAÑO OJO DCHO (ÓXIDO)	<input checked="" type="checkbox"/>
CUERPO EXTRAÑO OJO DERECHO.	<input checked="" type="checkbox"/>
CUERPO EXTRAÑO OJO IZDO (ÓXIDO).	<input checked="" type="checkbox"/>
CUERPO EXTRAÑO OJO IZQUIERDO.	<input checked="" type="checkbox"/>
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL DCHA.	<input checked="" type="checkbox"/>
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL IZDA.	<input checked="" type="checkbox"/>

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Aceptar. Deja en el portapapeles los datos seleccionados y regresa a la ventana anterior.

Para seleccionar el botón haremos CLICK con el ratón sobre el mismo o bien pulsaremos la tecla **<F8>**.

26.4 Selección De Pruebas De Analítica Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de prueba de analítica del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Pulsando este botón se incluirán automáticamente todos los informes de las analíticas solicitadas, durante la urgencia, a partir de la posición donde se encuentre el ratón

26.5 Selección De Pruebas De Rx Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de prueba de RX del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Pulsando este botón se incluirán automáticamente las descripciones e informes de las prestaciones solicitadas, durante la urgencia, a partir de la posición donde se encuentre el ratón

26.6 Selección De Otras Pruebas Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de otras pruebas del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Pulsando este botón se incluirán automáticamente las descripciones e informes de las pruebas no mecanizadas solicitadas, durante la urgencia, a partir de la posición donde se encuentre el ratón

26.7 Selección De Diagnósticos Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de los diagnósticos del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Pulsando este botón se incluirán automáticamente los códigos y descripciones de los diagnósticos codificados al paciente a partir de la posición donde se encuentre el ratón

26.8 Selección De Interconsultas Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de las interconsultas del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Pulsando este botón se incluirán automáticamente los motivos e informes de las interconsultas solicitadas al paciente a partir de la posición donde se encuentre el ratón

26.9 Selección De Recetas Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de las recetas prescritas al paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Pulsando este botón se incluirán automáticamente las recetas prescritas al paciente a partir de la posición donde se encuentre el ratón

26.10 Selección De Actuaciones Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de Actuaciones del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Se muestra una tabla cargada con actuaciones del paciente tratado, pulsando sobre los datos deseados con el botón derecho del ratón se van seleccionando y coloreando en rojo. Al pulsar el botón Ok se deja en el portapapeles los datos seleccionados. También se puede seleccionar el detalle o parte del mismo de una actuación determinada y con pulsando el botón de copia se pasa al portapapeles lo seleccionado.

Los datos mostrados de las actuaciones;

- Fecha de petición de la actuación.
- Descripción de la actuación.
- Cuando se selecciona una actuación se muestra una caja de texto adjunta con su detalle.

Urgencias - Generales - Selección de Actuaciones Clínicas

Área:
 Box:
 Paciente:
 Edad:
 Tiempo:

Fecha	Hora	Actuación	
26/04/1999	12:41	REGISTRO VALORACION INICIAL EFECTUADA	
26/04/1999	12:42	AÑADIR CUIDADOS DE ENFERMERIA	
26/04/1999	12:43	AÑADIR TECNICAS DE ENFERMERIA	
26/04/1999	12:43	FIRMA DE ACTUACIONES POR ENFERMERIA	
26/04/1999	12:43	FIRMA DE ACTUACIONES POR ENFERMERIA	
26/04/1999	12:43	FINALIZAR ACTUACIONES DE ENFERMERIA	
26/04/1999	12:46	AÑADIR ORDEN MEDICA	
26/04/1999	12:46	AÑADIR MEDICAMENTO	
26/04/1999	12:47	FIRMA DE ACTUACIONES POR ENFERMERIA	
26/04/1999	12:47	FINALIZAR ACTUACIONES DE ENFERMERIA	
26/04/1999	12:48	FIRMA DE ACTUACIONES POR ENFERMERIA	
26/04/1999	12:48	FINALIZAR ACTUACIONES DE ENFERMERIA	
26/04/1999	12:48	FIRMA DE ACTUACIONES POR ENFERMERIA	
30/04/1999	9:48	REGISTRO VALORACION INICIAL EFECTUADA	
30/04/1999	9:48	PETICION DE OTRO TIPO DE PRUEBAS	

AÑADIR MEDICAMENTO ADIRO 200
MG COMP, Dosis: 1 unidad, Cada: 8
horas, Durante: 3 dias, Via: oral.
MEDICO ARRUEBARRENA
LIZARRAGA,D..

Los botones de la parte superior de la pantalla son los siguientes:



Copiar. Copia el texto seleccionado en la ventana dejándolo en el portapapeles.

26.11 Selección De Órdenes Médicas Para El Informe De Alta

Esta tarea tiene por objeto la selección de las órdenes médicas del paciente tratado para llevarlo al informe de alta.

Se muestra una tabla cargada con las órdenes médicas s del paciente tratado, pulsando sobre los datos deseados con el botón derecho del ratón se van seleccionando y coloreando en rojo. Al pulsar el botón Ok se deja en el portapapeles los datos seleccionados. También se puede seleccionar el detalle o parte del mismo de una actuación determinada y con pulsando el botón de copia se pasa al portapapeles lo seleccionado.

Los datos mostrados de las órdenes;

- Fecha de petición de la orden.
- Descripción de la orden.
- Fecha de realización de la orden
- Fecha visto por enfermería.

