Historia Clínica Informatizada: Registro de Enfermería

Parc Sanitari 🕹 Sant Joan de Déu





Octubre 2021

Título:

Historia Clínica Informatizada: Registro de Enfermería.

Coordinación:

Dirección de Enfermería. Metodología.

Realización:

Iratxe Pérez Pinedo/ Antonio Padilla Martinez.

Introducción:

La implantación de la Historia Clínica Informática (HCI) en el Parc Sanitari Sant Joan de Deu ha permitido la organización y estandarización del registro enfermero.

Esto implica que en todos los dispositivos del Parc que utilizan la HCI-SAP, se registra de manera semejante, facilitando la recogida de datos a los propios profesionales y facilitando la comparación de resultados entre distintos ámbitos y unidades.

Además, el paso de la Historia Clínica en papel a la Historia Clínica Informatizada supone una oportunidad para formalizar y mejorar el registro de la información que en ella se recoge.

La informatización del registro requiere que los profesionales cambien su dinámica de trabajo diaria para cubrir las necesidades de los usuarios y demanda que adquieran conocimientos del manejo de la herramienta. Por ello surge la necesidad de crear esta guía de manejo fácil y rápido con contenido teórico sobre cómo gestionar el registro en la HCI.

La guía está ordenada de la siguiente manera:

- Registros.
- Informes.
- Gestión clínica.

Cada registro e informe sigue el mismo guion:

- BÚSQUEDA: cómo accedemos.
- ESTADO: si se guarda o se libera.
- ROL: si lo realiza enfermería, auxiliar de enfermería o ambas.
- CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO: modo de cumplimentación.
- REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA: cómo se refleja en la carga de trabajo.

En el contenido de la gestión clínica se detallan los pasos para realizar diferentes acciones en la HCI.



Índice

Registros de Enfermería	7
Aislamientos	8
Alergias	9
Antecedentes	11
Cambios posturales	13
Catéteres y vías	14
Control transfusional	17
Cuidador principal	20
Dietas	21
Documento de sustancias psicoactivas	23
Escalas de valoración I (registro SAP)	25
Escalas de valoración II (registro APP profesionales)	27
Hemofiltro	29
Heridas I (registro SAP)	
Heridas II (registro APP profesionales)	
Ingesta y eliminación	
Lactancia materna	
Medidas preventivas de caídas	
Medidas restrictivas	
Menstruación	
Pertenencias	51
Signos vitales	54
Tóxicos	57
Valoración de enfermería	60
Visitas	62
Informes de Enfermería	64
Informe asistencial 1	65
Informe asistencial 2	66
Informe de continuidad de cuidados	68
Informe de traslado de enfermería para serviciosambulatorios	74
Informe pre-alt	76
Gestión Clínica enfermera	79

.

Curso clínico	
Fuga de paciente	
Interconsulta	
Medicación	89
Órdenes clínicas	95
Permisos	
OC: Permisos (indicación médica a enfermería)	
Permisos planificados (no como indicación médica)	
APP profesionales	105



Registros de Enfermería

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Aislamientos

BÚSQUEDA: Censo UCIAS/HOSPITALIZACION \rightarrow columna aislamiento (acceso directo al aplicativo)

ENF - Oo	upac	ión	Н	OSP	D י	e 17	7.10.20	017 07:	54	Con	46	Pacie	ente
JO enferm.	Carna 🗖	Blq.	AP	Stat.	alta	Salida	Doc.Prealt	DocAltHos	p Ai	slamien.	Avisos	cli Habit	.^ Pa
H-5B	H-521A								_			H-52	1 10
H-5B	H-521B											H-52	1

ESTADO: guardado.

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: NO

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro contiene varios puntos a cumplimentar (no son obligatorios todos los conceptos):

- Paciente aislado: SÍ, NO.
- FECHA Y HORA de inicio de aislamiento.
- FECHA Y HORA de fin de aislamiento (si se conoce, no obligatorio).
- TIPO: contacto, contacto y gotas, vía aérea, vía aérea y contacto, aislamiento inverso, otros. COMENTARIO (campo libre).
- MOTIVO: MRSA, Blea, Pseudomona MR, tuberculosis, C.Difficile, gripe, inverso por inmunodepresión, preventivo, VRS (+), VRS (-), covid19, otros. COMENTARIO (campo libre).
- CAUSA: portador-infección activa, contacto, historia de portador-infección activa, preventivo.
 ACTIVAD ALEDITA: SÍ NO (alerte en el conce)
- ACTIVAR ALERTA: SÍ, NO (alerta en el censo)

					Ep. Inicio 00.00.0000 (00.00.0
atos Aislamiento					
¿El paciente está aislado? [Fecha/hora inicio aislamiento		00:00:00 Fect	na/hora fin aislamiento	00:00:00
Tipo aislamiento	*		Motivo aislamiento		~
Cornantario		66	Comentario		ő
	< >			< >	<
Causa aislamiento		*			

IMPORTANTE: Una vez que el paciente finaliza es aislamiento, es necesario modificar el ítem "Paciente aislado", seleccionar el "NO" y cambiar el status del registro a liberado. Se eliminará la alerta y se podrá activar otro aislamiento si fuera necesario.

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

Añadir la ACTIVIDAD en la carga de trabajo de enfermería. ACT: APLICAR LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO DESIGNADAS QUE SEAN APROPIADAS (cod 654005). Cuelga de la NIC: CONTROL DE INFECCIONES.

Alergias

BÚSQUEDA:

- \circ Censo de ocupación, UCIAS, CCEE → seleccionar paciente → seleccionar celda de la columna alergias.
- Smart UI → Información clínica general → Tratar alergias.
- Smart UI \rightarrow Tratar alergias.

ESTADO: guardado.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Es importante que si NO existen alergias, se notifique con el check en "No existen alergias".

Status de alergia							
☑No existen alergias	(Observación					ř
Registro de datos imposible	E	Empleado resp.	13413			_	
🚯 Grupo de alergógenos Alergógeno	Observación Tex (Certe Valoraci	Reacción alérgica Re	Nivel de graved	Tipo de alergia	Empl.resp.	
		6 6	a 💼		Ð		
a		e e	a 💼		Ð		
T		<u>ಹ</u> ಹ	a 📬				

Si tiene alergias se cumplimenta el registro correspondiente.

*Registro mínimo: celda de "alergógeno".

- ALERGÓGENO: nutricional, alérgenos alimentarios, alérgenos pneumo, pólenes, epitelios, himenópteros, otros, principios activos, grupos de principios activos.
- OBSERVACIÓN: campo libre.
- CERTEZA: sospecha, certeza, test de alergia positivo.
- VALORACIÓN: críticos, problemáticos.
- REACCIÓN ALÉRGICA: exantema, shock anafiláctico, angioedema, anafilaxia, síndrome de Dress.
- NIVEL DE GRAVEDAD: alta, media, baja.
- TIPO: I(inmediato), II (citotóxico), III (inmunocomplejo), IV (tardío), otro.

	3 • · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
	Alergias		1	
屘	Grupo de alergógenos	Alergógeno	Observación Tex	Certe Valora
	NUTRICIONAL	👔 Intolerancia a la fructosa		a
	NUTRICIONAL	👔 Hipersensibilidad al huevo		
	PRINCIPIOS ACTIVOS	👔 ácido acetilsalicílico		
	PRINCIPIOS ACTIVOS	Tramadol clorhidrato		8
	GRUPOS PRINCIPIOS ACTIVOS	Hipersensibilidad a las quinolonas		8
		-		-

En la cabecera del paciente, en los censos de ocupación y en diferentes registros, muestra la información referente a alergias de forma automática.

Cabecera	del	SmartUI:	
----------	-----	----------	--

Factores	de riesgo Ning. Intolerancia a la fru Hipersensibilidad a	Alergias (5) Ictosa Il huevo	Serpi SB / S. Ca
🕤 😼 E	ácido acetilsalicílic tramadol clorhidrat Hipersensibilidad a	o o 1 las quinolonas	

Censo de ocupación:



Registro de dietas:

🕞 Registro de	dietas - PRIM	ER APELLID	O SEGUN	IO APEL	LIDO, NO	20 Paci MBRE	ontoc	
Datos de pao	ciente							
Talla			1,55	Cm	Valor	ación hecha p	oor dietétie	a
Peso de ingr	eso		56,300	Kgs	Peso	actual	56,300	Kgs
Variación pes	so Ingreso		0,00	8	IMC		0,000	8
Variación pes	so 6 meses o	Ref	0,00	8				
Tipo alergia	Fecha	Descrip	ción		Comen	tario		
NUTRICION	AL	Intoler	ancia a la	lactosa				
			dia ter	A sec.				
			ear dieta	моа	ficar diet	a 🔤 Reanu	idar 🔼 Pa	ausar 🛑 Fin
Comida	Fecha inicio	Fecha fin	Tipo (Modif	dieta icadas en	alúcidos	Subtipo Dieta diabé	Adaptacio Fácil mast	on de sólidos ticación
Comida	05.05.2015		Modif	icadas en	glúcidos	Dieta diabé	Fácil mast	ticación

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

No se detalla en la carga de trabajo el registro de las alergias.

Antecedentes

BÚSQUEDA: Smart UI → Información clínica general → Antecedentes, alergias, hábitos



ESTADO: guardado.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

En la pantalla aparecen diferentes cajas donde registrar la información.

r de riesgo 🖉 🖉	1. TE 18 1	atecedentes Relevantes	Médicos 🔶 Psiquistr Obstêtr	Acos Ountracos	Habitos 🚊 🛒
jón [™] Año remisión	ic .	Nagnőstico	Comentario	Ac., A. n. A. fn.	Médico acti, Feo
			10		()
185	≜ ▼ % :	ntervenciones guirúrgicas			
Txt A. m. Rele	Te .	ño Codigo Descripción	Comentario	HSP Rel	
Sexo bebé Lugar nac. bebé Rek	e_FUR (C	ntecedentes Judiciales Ree Fecha Inkis [®]	🕈 Capacidad. Fecha fin	Penal Int	: menor 🚖 🛡
		ntecedentes familiares			
uación vivienda Grado depe	e. Año 1	lase Parentesco	Descripción Txt		
	< >				
	r de respo Joh ^T Año remaion Tot: A. In: [®] Reie Sexo babél Lugar nac. bebé Ned uación vivienda Grado deo	r de resso r de resso 2007 Año cemsión 2007 A	rde respo Image: Secondaria secondaria Don" Afis remains Dognitico Don" Afis remains Dognitico To: A. tra." Rele. Image: Secondaria secondaria To: A. tra." Rele. Image: Secondaria secondaria Secondaria secondaria secondaria Dognitico Secondaria secondaria Dodaria Secondaria secondaria Dodaria	rde respo Image: Secondarizes Balances Balances Balances Depression Dom Ande remainder Image: Secondarizes Balances Depression Tot: A. Image: Secondarizes Depression Comentario Image: Secondarizes Depression Comentario Secondarizes Depression Comentario Comentario Image: Secondarizes Depression Secondarizes Grado depres Año e Image: Parentesco Comentario Image: Parentesco Comentario Tot	r de respo Image: Secondances Relevances Médios Image: Secondances Qualitycos Dagnistico Comentario A.c., A.m. ⁺ A.m. ⁺ Dagnistico Comentario A.c., A.m. ⁺ A.m. ⁺ Tec A.m. ⁺ Rele Image: Secondances Relevances Médios Image: Secondances Qualitycos Tec A.m. ⁺ Rele Image: Secondances Qualitycos Ac., A.m. ⁺ A.m. ⁺ Secondances Tec A.m. ⁺ Rele Image: Secondances Qualitycos Secondances Tec A.m. ⁺ Rele Image: Secondances Comentario Secondances Tec A.m. ⁺ Rele Image: Secondances Comentario<

La primera recoge HÁBITOS, VACUNAS, ALERGIAS O AUSENCIA DE ALERGIAS, FACTORES DE RIESGO en diferentes pestañas.

- 1. Seleccionar pestaña
- 2. Añadir línea
- 3. Cumplimentar información
- 4. Guardar

Hábitos			
Año inicio	2000	Relevante	
Año fin			
Tipo hábito	CANNABIS 🗸		
Frecuencia cons	DIARI 🗸		
Cantidad cons.	2 Nº PORROS		
Fecha cons. reg			
Abstinencia total	(meses)		
Comentario			



Si consideramos un dato registrado relevante, marcaremos el check correspondiente, y esta información nos aparecerá en la caja resumen de antecedentes relevantes (parte derecha de la pantalla).

Vacunas		
Año admini	2005	
Tipo vacuna	OTRAS	~
Vacunas		
Comentario		

 Status de alergia

 No existen alergias
 Observación

 Registro de datos imposible
 Empleado resp.

 Image: Status de datos imposible
 Empleado resp.

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos imposible
 Image: Status de datos imposible

 Image: Status de datos datos imposible
 Image: Status de datos de datos imposible

 Image: Status de datos d



Las vacunas se diferencian en "niño" y en "otras". La herramienta te propone un listado, pero tienes la opción de cumplimentar el campo de comentario.

ALERGIAS	
----------	--

Es importante que si NO existen alergias, se notifique con el check en "no existen alergias".

Para introducir las alergias hay que seleccionar el TIPO y la DESCRIPCIÓN como mínimo.

TIPO: nutricional, alérgenos alimentarios, alérgenos pneumo, pólenes, epitelios, himenópteros, otros, principios activos, grupos de principios activos.

1	Hábitos (1)	Vacunas (1)	➡ Alergias (2)) Factor de	riesgo
	Tipo alergia	Descripción	Comentario	Año detección	Año remisión
	NUTRICIONAL	INTOLERANCIA AL GLU			
	PRINCIPIOS AC	ÁCIDO ACETILSALICÍLIO	0		

El número que vemos entre paréntesis nos informa sobre el número de registros que tenemos en cada apartado. En este caso tendríamos registrado: 1 hábito, 1 vacuna, 2 alergias y 0 factores de riesgo. Al movernos por las pestañas podremos visualizarlos (la flecha que antecede el nombre de la pestaña nos marca la ubicación actual).

FACTORES DE RIESGO



Es necesario seleccionar el TIPO y a partir del mismo cumplimentar el desplegable.

Tipo: conductuales, sociales, físicos.

	H	ábitos	Vacunas	Ale	ergias (1)	➡ Factor de ries	🖍 🗟 👼 🏛 \Xi
	Año 🏾	Descripción	1		Valor	Observación	
	2000	RIESGO AL	JTOAGRESIVIDAD				

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

No se detalla en la carga de trabajo el registro de los antecedentes.

 $\overline{\bullet}$

🧏 Enfermería

Registros enfermería

Registro de catéteres y

Registro y seguimiento de

Registro de dietas

vías

las heridas

Cambios posturales

BÚSQUEDA:

- SmartUI → registros de Enfermería → Registro cambios posturales.
- Acceder al registro a través de la NIC: CAMBIO DE POSICIÓN → botón IR AL REGISTRO.

			las heridas (app)
FEstación de Tra	ab:		Registro Ingesta y Eliminación
Med.Trat. 7		Ep. 303137855 (Hospitalizado) Ingreso 16.06.2017 Alta - Cama H-S08 H	Registrar Signos Vitales
			Registro de medidas restrictivas
UO enf. I UO médica 8	E-5A H-5A 5-CAR Cardiologia	Fecha 23.10.2017 Hora 14:10:01	Registro de medidas preventivas de caídas
Yan manharita d	in internation		Registro de menstruación
Jocumentation o	e la intervención		Registro de visitas
Contexto Cam	bio de posición		Registro de pertenencias
		Pase de torn	Registro de lactancia
		Agregar a la nota de cures	Registro de cambios posturales
		Agregar a la nota d'evolució	Registro de control transfusional
		50 555 C C C C C C C C C C C C C C C C C	Registro de tóxicos

ESTADO: guardado.

IMPRIMIBLE: no.

ROL: enfermería / auxiliar de enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Se visualiza un visor con los registros anteriores.

Para crear líneas, se ha de registrar:

- 1. Hora.
- 2. Día.
- 3. Postura: DECÚBITO LATERAL DERECHO, DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO, DECÚBITO SUPINO, PRONO, BUTACA.
- 4. Botón CREAR (se añade fila al visor con la última entrada).

Reg	istro d	cambios postu	urales				
Hor	a 1	3:00:00	Día 23.10.2017	Postu	ла	~	📑 Crear
	📑 E	sborra registr	е				
₽	Torn	Dia	Postura	Usuari / Data			
	М	23.10.2017	Decúbit supí	1	(13h00 23/10/2017		
	М	23.10.2017	Decúbit lateral esquerre	1	11h00 23/10/2017		
	М	23.10.2017	Decúbit lateral dret	1	: 09h00 23/10/2017		

Catéteres y vías

BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → REGISTRO DE CATÉTERES Y VÍAS.
- Censo de HOSPITALIZACIÓN/UCIAS/CCEE → Botón VÍAS Y ACCESOS.

ESTADO: guardado.

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: NO.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro consta de una caja con el histórico de vías (activas/retiradas) con una botonera superior que permite realizar diferentes funciones (añadir vía, retirar vía, anular vía)

		5	_	_											
ê .	5.	😤 🖌 🗒 Añadir via 🍃 Editar via 层 Re	atirar vía	🕄 Anular vía	j j										
Vias aso	ciadas	a un episodio													
Sentido	Local.	Nombre Via	Calibre	F.Inser	H.Inser	Enfermera.Inser.	Fecha.Plan.	Hora Plan.	Texto	F.Ret.	Hora Ret.	Enf.Ret.	Creado el	H entr.	Creado por
	ESI	CVP (CATÉTER VENOSO PERIFÈRICO) 2	16	16.10.2017	13:12:26	PEREZ PINEDO,		00:00:00			00:00:00		16.10.2017	13:12:42	IRATXE.PER
D	Vesi.	SONDA VESICAL LATEX	14	16.10.2017	13:10:53	PEREZ PINEDO,	18.10.2017	12:00:00			00:00:00		16.10.2017	13:11:27	IRATXE.PER
•	ESD	CVP (CATÉTER VENOSO PERIFÈRICO) 1	18	16.10.2017	13:08:10	PEREZ PINEDO,		00:00:00		16.1	13:13:09	12787	16.10.2017	13:10:48	IRATXE.PER

Para CREAR nueva vía:

🔁 Añadir via

- 1. AÑADIR VÍA: se abre desplegable de vía.
- 2. TIPO DE VÍA: seleccionar a partir del desplegable nombre de vía.
- SENTIDO: se vuelca de forma automática cuando registras el nombre de vía (ENTRADA/SALIDA)
- 4. CALIBRE: seleccionar el calibre correspondiente del desplegable.
- 5. LOCALIZACIÓN: seleccionar a partir del desplegable de localización/descripción.
- 6. FECHA DE LOCALIZACIÓN: sale por defecto la actual (modificable).
- 7. HORA DE INSERCIÓN: sale por defecto la actual (modificable).
- 8. PROFESIONAL QUE REALIZA LA INSERCIÓN: sale por defecto nuestro usuario.
- 9. MÉDICO RESPONSABLE: sale por defecto el médico que tiene asignado el paciente.
- 10. FECHA PLANIFICADA DE RETIRADA: registro opcional (no vuelca la información a la carga de trabajo, se visualiza en el propio aplicativo de vías).
- 11. HORA PLANIFICADA DE RETIRADA: registro opcional (no vuelca la información a la carga de trabajo, se visualiza en el propio aplicativo de vías).

En el visor se crea una línea con la información de la vía en color VERDE.

Para RETIRAR VÍA:



- 1. Seleccionar fila deseada y apretar BOTÓN RETIRAR VÍA.
- 2. Se abrirá una nueva ventana con la siguiente información automática:
 - Fecha de retirada
 - Hora de retirada
 - Enfermera que realiza la retirada

Fecha de retirada	24.09.2021		
Hora de retirada	08:44:42		
Enfermera que realiza la retirada	0000011801		
	Ð		
Lines 1 a	olumon 1	Lípez 1 - lípez 1 de 1 lípezc	

- 3. El apartado "Motivo" tiene un desplegable que se tiene que rellenar. Las opciones son:
 - Alta del paciente
 - Fin de tratamiento
 - Catéter innecesario
 - Por protocolo del centro
 - Extravasación
 - Retirada accidental
 - Flebitis
 - Obstrucción del catéter
 - Sospecha de sepsis relacionada con el catéter

Para EDITAR VÍA:



- 1. Seleccionar fila deseada y apretar BOTÓN EDITAR VÍA
- 2. En el visor se reemplaza la línea modificada.



- 1. Seleccionar fila deseada y apretar BOTÓN
- 2. ANULAR VÍA. En el visor desaparece dicha línea.

APLICATIVO CATÉTERES/VÍAS:

V1a 07					
Sentido					
Calbre					
Localgación					
Fecha de inserción		16.10.2017			
Hora de inserción		13106:10			
Profesional que realiza inserción		0000012787	PEREZ PINEDO, IRATXE		
Nédico responsable		0000014055	COUSILLAS PEREZ, LAURA		
Fecha olanificada de retirada					
Hora planificada de retirada	00100	190			
	12				
1.3					

TIPO DE VÍA:



REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

Alguna de las vías registradas, generan en la carga de trabajo una NIC y se validan de forma automática.

NICs automáticas a partir de los siguientes TIPOS DE VÍAS:

- ✓ SONDA VESICAL, se creará de forma automática la NIC: SONDAJE VESICAL.
- ✓ VÍA PERIFÉRICA, se creará de forma automática la NIC: PUNCION INTRAVENOSA.
- ✓ SNG, se creará de forma automática la NIC: SONDAJE GASTROINTESTINAL.
- ✓ TUBO ENDOTRAQUEAL, se creará de forma automática la NIC: INTUBACIÓN Y ESTABILIZACION DE LA VIA AÉREA

Tras el registro de la inserción de la vía/catéter, enfermería debe entrar en el **plan de cuidados (PC)** y desde la carpeta de Problemas de Colaboración (vías) seleccionar la NIC correspondiente de cuidados de la vía/catéter con el ciclo oportuno.

Cuando se retire la vía, hay que volver al PC y finalizar los cuidados correspondientes para que no se visualicen en la carga de trabajo.

EJEMPLO: Si el paciente tiene una SV (sonda vesical), hay que añadir la NIC: CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO con el ciclo oportuno.

I I I I I I I I I I I I I I I I I I I					
Jerarquía	۹.,	Ciclo	Status	S Sigla	
H-5B/S-OBS, 19.05.2017					
🌱 🛁 P. Colaboración (Parto vaginal)			Activo		
🔹 🌞 Informe de turnos		C/8H	Activo	8140	
> 🔅 Cuidados posparto			Activo	6930	
 Cuidados del catéter urinario 		C/8H-8:00	Activo	1876	
🔹 🍢 Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, as	66	C/8H	Activo	693004	



Control transfusional

BÚSQUEDA:

- Smart UI → Documentos clínicos → Crear documento → Tipo de documento: control transfusional.
- Smart UI → Registros enfermería → Registro de control transfusional.

ESTADO: liberado (si no hay incidencias asociadas a la transfusión), guardado (si existen incidencias durante la transfusión)

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: NO formulario imprimible.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Las Pruebas cruzadas seguirán sin Orden Clínica de laboratorio y sólo se crearán Ordenes Clínicas de transfusión sanguínea. Los estatus por los que pasará la Orden Clínica son:

- 1. INICIAL-CONFIRMADA: Al crear y grabar la OC.
- 2. EXTRAÍDA: Al obtener la muestra de pruebas cruzadas (si lo hace la enfermera de planta o URG, deberá acceder a la OC y modificar el estatus manualmente).
- 3. RECIBIDA: Éste estatus se mostrará cuando la muestra de pruebas cruzadas llegué al laboratorio (laboratorio lo cambia manualmente).
- 4. FINALIZADA: Cuando se finalice la transfusión sanguínea (la enfermera de planta o URG, deberá acceder a la OC y modificar el estatus manualmente).
- 5. CANCELADA: Éste estatus se activará sólo si la transfusión no se llega a realizar (dependiendo de cuando se decida será laboratorio o enfermería de planta o URG la que modificará manualmente el estatus).

Paralelamente, el registro de control transfusional se inicia cuando llega la bolsa de sangre a la unidad. Se abrirá un registro para cada bolsa de sangre administrada.

- 1. Registrar NÚMERO DE BOLSA (campo obligatorio)
- 2. Registrar la recepción de la bolsa en planta por parte del camillero mediante el botón SIGNATURA (solicita CLAVE DE USUARIO). Por defecto sale el día y hora actual (modificable).
- 3. Se deben responder a las preguntas del CONSENTIMIENTO INFORMADO y RECOMPROBACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO.
- 4. En la caja de SIGNOS VITALES (es un visor), se cargan los valores desde el aplicativo (importante verificar que se visualizan previa transfusión).
- 5. Firmar (USUARIO + CLAVE) el INICIO de la transfusión (día y hora). Además, activar el check de "NIC: administración Hemoderivados" para que se añada a la carga de trabajo de enfermería.

TRANSFUSIÓ INICIADA EL	08.10.2019	A LES	00:00:00
Professional	SIGNATURA		
Administración Hemo			

- 6. Firmar (USUARIO + CLAVE) la FINALIZACIÓN de la transfusión (día y hora).
- 7. Indicar SI SE HA COMPLETADO la transfusión.
 - a. Sí. Indicar volumen transfundido.
 - b. NO. Indicar volumen transfundido.
 - c. Motivo (desplegable): traslado a otro centro / otros.
 - d. Observaciones (campo libre)
- 8. Firmar (USUARIO + CLAVE) e indicar el motivo de la NO transfusión, si se da el caso.
- 9. Marcar los SÍNTOMAS asociados.
- 10. Indicar si se administra medicación por la sintomatología, si se da el caso.
- 11. GUARDAR el documento si existe sintomatología asociada (ya que el hematólogo acaba de cumplimentarlo y libera)
- 12. LIBERAR el documento por parte de enfermería si NO hay incidencias durante la transfusión.

	LLIURADA A					
	Professional	SIGNATU	RA		2	Número de bolsa
	1	ordinition			2	F0025
	Doto 04.0	2 2021				20025
	Data 04.0	3.2021 H	JIA 00:00:00			
				_		
Abans de començar la	ranfusió s'ha comprovat la següe	nt informació:				
1 El nacient o el seu n	enresentant legal han signat el co	nsentiment inform	at			
2. El número, grup i Rh	que apareixen en aquest inform	e coincideixen amb	els de l'etiqueta de la u	unitat a transfondre.		
3. El nom i cognoms de	l pacient així com el número d'his	stòria clínica, coinci	deixen exactament amb	els que figuren en a	quest inform	ne.
<u>.</u>						
	T SIGNAT PRÈVIAMENT 2	29 // N			vecenerinie	untes III 🌒
	T SIGNAT PREVIAMENT :		00 visualizar reconoc	imiento 📑 Imprimir	reconocimie	ntos 🏨 🖌 🍋
ONU OR NO		Reconocimiento	s existentes			
OPréviam	ant	Denominación	Unidad Z	ona normal		
3 ODesprés						
RECOMPROVACIÓ DE GRU	P SANGUINI A LA CAPÇALERA ?	4				
• No	Sí					
0						
			/////			
TRANSFUSIO INICIADA E	L 04.03.2021 A LES	00:00:00	TRANSFUSIO FINA	LITZADA EL 04.	03.2021	A LES 00:00:00
Professional	SIGNATURA		Professional	SIG	NATURA	
-						
5 Administración He	moderivados NIC 4030		6			
Administracionnie	modermados nac 4030	-				
			COMPLETADA			
			COMPLETADA	− 7 ⊢ −−−		
TRANSFUSIO NO REALIT	ZADA PER Motiu					
Professional	SIGNATURA		No OS	i Volum	transfós (ml	.) 0
			Pend			
				Motiu		~
SIMPTOMATOLOGIA ASS	OCIADA A LA TRANSFUSIÓ					
	Dumant la tura d'unió	_	Ohannunaiana			
	Durant la transitusio		Observacions			
💿 No i Sí	Després de la transfusió					68
SIMPTOMES (MARCAR EL C	UE CORRESPONGUI)					
SIMPTOMES (MARCAR EL C	Dolor lumbar	Eritema/Pruïja				
MARCAR EL C Aalestar general	Delor lumbar	Eritema/Pruija Urticària		Altres s	ímptomes	
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general	Dolor lumbar Díspnea Hipotensió	Eritema/Pruïja Urticària Crisi hipertensiva		Altres s	ímptomes	6à
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Vàusees/vòmits Febre Esgarrifances	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Díspnea Hipotensió Petèquies	Eritema/Pruïja Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/	'trajecte d'infusió	Altres s	ímptomes	ââ
SIMPTOMES (MARCAR EL C Aalestar general Jàusees/vòmits Febre Esgarrifances	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Cianosi	Eritema/Pruija Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo	'trajecte d'infusió binúria	Altres s	ímptomes	óà
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general A Nàusees/vòmits - ebre - Esgarrifances -	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Gianosi Refericació des La calanceut	Eritema/Pruïja Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo	itrajecte d'infusió binúria	Altres s	ímptomes	óà
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Vàusees/vòmits ebre Esgarrifances MA HAGUT D'ADMINISTRA	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petéquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA	Eritema/Pruïja Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo	trajecte d'infusió binúria ⊙No ○Si	Altres s	ímptomes	âà
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Vàusees/vòmits Esgarrifances MA HAGUT D'ADMINISTRA	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petéquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA LEG	Eritema/Pruija Urticăria Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo	trajecte d'infusió binúria ● № ○ Sí	Altres s	ímptomes	68)
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Vàusees/vòmits ebre Esgarrifances MA HAGUT D'ADMINISTRA PER OMPLIR PER L'HEMÀTI GRAVETAT DE LA REACCI	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOM/ LEG Ó	Eritema/Pruija Urticăria Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo XTOLOGIA RELACIÓ	trajecte d'infusió binúria I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	Altres s	ímptomes	áà .
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Malestar general Esgarrifances MA HAGUT D'ADMINISTRA PER OMPLIR PER L'HEMÀTIC GRAVETAT DE LA REACCI © No valorat	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Clanosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA LEG Ó	Eritema/Pruija Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo XTOLOGIA RELACIÓ	trajecte d'infusió binúria No Si AMB LA TRANSFUSIÓ valorat	Altres s	ímptomes	éà
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general A Nàusees/vòmits - ebre - Esgarrifances - HA HAGUT D'ADMINISTRA PER OMPLIR PER L'HEMÀTC GRAVETAT DE LA REACCO No valorat - Sense risc	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA DLEG Ó	Eritema/Pruija Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hernoglo ATOLOGIA RELACIÓ © No	itrajecte d'infusió binúria INO Sí AMB LA TRANSFUSIÓ valorat ura	Altres s	ímptomes	6è
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Nàusees/vòmits ebre Esgarrifances MA HAGUT D'ADMINISTRA PER OMPLIR PER L'HEMÀTIC GRAVETAT DE LA REACCI O No valorat Sense risc Resolució total sense	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA DLEG Ó risc vital	Eritema/Pruija Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo ATOLOGIA RELACIÓ No g Prol	trajecte d'infusió binúria No Si AMB LA TRANSFUSIÓ valorat ura bable	Altres s	ímptomes	<u>6</u> 8
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Vausees/vòmits ebre Esgarrifances MA HAGUT D'ADMINISTRA PER OMPLIR PER L'HEMÀTIC GRAVETAT DE LA REACCI © No valorat © Sense risc © Resolució total sense @ Resolució total sense	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petéquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA UEG Ó risc vital	Eritema/Pruija Urticària Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo XTOLOGIA RELACIÓ Seg Pros	itrajecte d'infusió binúria	Altres s	ímptomes	6à
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Malusesc/vòmits Esgarrifances 'HA HAGUT D'ADMINISTRA 'Esgarrifances 'HA HAGUT D'ADMINISTRA 'Esgarrifances 'HA HAGUT D'ADMINISTRA 'Esgarrifances 'A HAGUT D'ADMINISTRA 'Esgarrifances 'Sense risc 'Sense risc 'Sense risc 'Resolució total sense 'Resolució total sense 'Resolució total amb	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMA LEG Ó risc vital sequeles	Eritema/Pruija Urticăria Crisi hipertensiva Dolor en el punt/ Oligúria/Hemoglo XTOLOGIA RELACIÓ © No © Seg © Prot © Sen	trajecte d'infusió binúria	Altres s	ímptomes	δà.
SIMPTOMES (MARCAR EL C Malestar general Malakar general Malakar Febre Sagarifances Malakar HA HAGUT D'ADMINISTRA CRAVETAT DE L'HEMÀT GRAVETAT DE LA REACCI No valorat Sense risc Resolució total sense Resolució total amb Resolució parcial amb Battus	UE CORRESPONGUI) Dolor lumbar Dispnea Hipotensió Petèquies Cianosi R MEDICACIÓ PER LA SIMPTOM/ LEG Ó risc vital Isc vital seqüeles	Eritema/Pruija Urticăria Crisi hipertensiva Dolor en el punt; Oligúria/Hemoglo XTOLOGIA RELACIÓ © No 1 © Seg © Prot © Ses © Sen	trajecte d'infusió binúria I No Si AMB LA TRANSFUSIÓ valorat ura pable se relació	Altres s	ímptomes	áà

*IMPORTANTE:

- Debe haber sólo un registro por cada bolsa. Es necesario buscar el registro inicial guardado y seguir cumplimentándolo.
- No olvidar el registro del volumen transfundido.
- Liberar el documento si no hay incidencias durante la transfusión una vez acabado el procedimiento.

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERIA:

Enfermera debe añadir y validar en la carga de trabajo del paciente:

- NIC de FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA (para registrar la extracción de pruebas cruzadas).
- NIC de ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS (automática si se activa el check en el momento de iniciar la transfusión).

Cuidador principal

BÚSQUEDA:

Smart UI → Gestión administrativa → Tratar datos maestros del paciente.





Censo de UCIAS, Hospitalización, CCEE → Botón PACIENTE

ESTADO: guardado.

ROL: enfermería/ auxiliar.

IMPRIMIBLE: no.

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

La pantalla de Datos Maestros del Paciente consta de varias pestañas. Es necesario acceder a la pestaña de **DATOS FAMILIARES**.

Re Actualizar Datos Maestros Paciente: Pantalla de datos									
👔 🕼 Datos del parto 🚔 Formularios 🛛 Pasar a 🗳 Detalles 🗸 Entorno 🧳 📬 Variante 🚱 Datos accidente									
Serv. Med. ? I	⁶ / LUCE - FOURDAR BLUCOURS (H , 40 años) N.H.C. N. 31.12.1978 Serv. Med. ? Diag.								
Paciente	Paciente Datos Familiares Financiador Etiqueta Avisos RCA Actividades Grupales								

Datos importantes a cumplimentar:

- Nombre
- Teléfono
- Grado de parentesco: CUIDADOR/A

Paciente	Datos Familiares	Financiador	Etiqueta	Avisos	RCA	Actividades G	rupales	
Familiares								
Apellido 1								
Nom.pila	nombre del cui	dador						_
Calle/Nº								
País								
CP/Población	1							Opción de añadir
Teléfono	111111111							otro familiar
CorrElectr								
Grd.parentes	sco CUIDADOR/CU	IDAD 😽		Repres.legal	I			Ē

Dietas

El registro de dietas se gestiona a partir de una indicación médica a enfermería: nutrición-dieta.

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Registro de dietas
- Censo de HOSPITALIZACIÓN → botón REGISTRO DIETAS
- Censo de DIETAS → botón REGISTRO DIETAS

ESTADO: guardado.

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: NO.

Datos de paciente		_					_		Capacidades del par	iente				
Tala	170,00 0	m	Valoración hech	a por dietética		No valo	rado O	51 () No	-Dificultad para					
Peso de Ingreso	75,000	Kĝ3	Peso actual	75,000 K	Kga	Peso Ref	0,000	Kga 🥖	Masticar		No valorad	o O Completa	Parcial	ONO
/ariación peso Ingreso	0,00	8	IMC	25,952 8	5	Mesa	1		Tragar Só	dos	No valorad	0 () 51	()No	
Variación peso 6 meses o Ref	0,00	\$						5	Tragar Líg	uidos	No valorad	0 0 51	© Rø	
									-Autonomia en ali	nentación conte los com	eta eta	No valorado 🛛 🔾	Si ONo	
									-Autonomia en ali -Paciente tose du -Test de disfagia s Resultado	nentación rante las com ealizado test	idas 🔹	No valorado 🤇 No valorado 🔾 No valorado 🔾	31 ()No 51 ()No 31 ()No	
) Crear dieta ,	🖍 Modf	kar dieta 📕 Rea	nudar 🔔 Pausa	ar 🜘 Fin	alzar			-Autonomia en ali -Paciente tose du -Test de disfagia Resultado	nentación rante las com aalizado test	idzs 🔹	No valorado 🤇 No valorado 🔇)51 ()No)51 ()No)51 ()No	
RI≜ 〒 M ▼ . C omida Fecha Nicko Fecha) Crear dieta , In Tipo die	✔ Modf	car dieta 📕 Res Subtipo	nudar 🛕 Pausa Adaptación (ar 🔴 Fin de sólidos	akar a Adapta	ción de líqu	idos	-Autonomia en ali -Paciente tose du -Test de disfagia t Resultado Adaptación volumen	nentación rante las com aalizado test Sal	idzs •	No valorado C No valorado C No valorado C	Si (No Si (No Si (No Si (No	
R A T M Y A) Crear dieta , In Tipo die Basal	∕ Modf	kar dieta 💼 Rea Subtipo Basal	nudar 📥 Pausa Adaptación (Normal	ar 🌘 Fin de sólidos	altar Adapta Líquido:	ción de líqu s sin dobles	aides s texturas	-Autonomia en ali -Paciente tose du -Test de disfagis t Resultado Adaptación volumen Medio	nentación rante las com ealizado test Sál Sádica	idzs •	No valorado C No valorado C No valorado C	Si Do Si No Si Do Esta	
R A T A Facha Indo Techa Indo Fecha Indo Fecha Indo Reavono 06.10.2019) Crear dieta , 'm Trpo die Basal Basal	/ Modf	kar dieta e Rea Subtipo Basal Basal	nudar 📥 Pausa Adaptación c Normal Normal	ar 🛑 Fin de sólidos	altar Adapta Líquido Líquido	ción de líqu s sin dobles s sin dobles	uidos s texturas s texturas	-Autonomia en ali -Paciente tose du -Test de disfagia i Resultado Adaptación volumen Medio Hedio	rentación rante las com ealizado test Sal Sódica Sódica	idas •	No valorado	Si Do Si No Si No Esta	

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro de dietas consta de 3 partes:

 DATOS DEL PACIENTE: En este apartado se recogen los datos del paciente que son relevantes para la dieta como: peso, talla, IMC, variación de peso, alergias alimentarias o nutricionales (que se cargan automáticamente del apartado de signos vitales y del registro de alergias del documento de información general del paciente), y si ha sido valorado por nutrición. La numeración de la mesa es importante registrarla en unidades donde la medicación se prepara por dicho criterio (SM), dato que se visualiza en el censo de medicación por unidad organizativa (permite clasificar los pacientes por mesa para facilitar la preparación y validación de la medicación).

→ Dietas						
Datos de paciente						
Talla 170,00 Cm			Valoración hech	na por dietétic	● No valorado ○ Si ○ No	
Peso de ingreso	75,000	Kgs	Peso actual	75,000	Kgs	Peso Ref 0,000 Kgs 💉
Variación peso Ingreso	0,00	8	IMC	25,952	8	Mesa
Variación peso 6 meses o Ref	0,00	8				
Tipo alergia 🕈 Fecha 🔭 Des	cripción		Comentario			



2. CAPACIDADES DEL PACIENTE:

Datos opcionales. En este apartado se recogen los ítems relevantes en relación a la funcionalidad y la dificultad para masticar o tragar con autonomía. Además, se mostrará el resultado del test de disfagia en el caso de que esté realizado.

-Dificultad para							
Masticar	· No	valorado	Comp	leta	Pardal	DNo	
Tragar Sólidos	• No	vabrado	OSi		ONo		
Tragar Líquidos	• No	valorado	051		(No		
-Autonomia en alimentación		• No	valorado	0	i ONo		
Paciente tose durante las comida	25	· No	valorado	0:	Si ONo		
-Test de disfagia realizado		· No	valorado	C.	Si ONo		
Resultado test							¥

3. DIETA DEL PACIENTE: En este apartado es donde se crean y visualizan las dietas del paciente.

		🗸 l 🗋 Crea	r dieta 💉 Modificar diet	a 🛛 🗖 Reanu	dar 📐 Pausar 🔴 Final	izar				
Comida	Fecha inicio	Fecha fin	Tipo dieta	Subtipo	Adaptación de sólidos	Adaptación de líquidos	Adaptación volumen	Sal	Volumetría	Observaciones Esta
Desayuno	25.05.2017		Basal	Basal	Normal	Líquidos	Medio	Sódica	Normal	
Comida			Basal	Basal	Normal	Líquidos	Medio	Sódica	Normal	
Cena			Basal	Basal	Normal	Líquidos	Medio	Sódica	Normal	

Para crear una nueva dieta hay que apretar el botón CREAR DIETA. Se abrirá una ventana en la que podemos rellenar los diferentes campos para crear la dieta del paciente (todos los ítems obligatorios, EXCLUYENDO enriquecimientos, que lo cumplimenta el servicio de nutrición si es necesario) y GUARDAR.

🖙 Registro de dietas		
Comida 🗹 Desayuno 📝 Cena 📝 Comida	Fecha inicio 08.10.2019 🗗 Fecha fin	\$
Tipo de dieta 💙 Subtipo	✓	
Textura		
Adaptación sólidos 🗸 Adaptación líquidos	✓ Adaptación volumen ✓	•
Sal No valorado Sódica Hiposódica Asódica	Volumetría 🗸 🗸	
Enriquecimiento		
Comida	Ę	Ŷ
		8

Si queremos modificar la dieta actual debemos seleccionar alguna línea de la parrilla de comidas y apretar el botón MODIFICAR DIETA.

Si queremos FINALIZAR la dieta actual debemos seleccionar alguna línea de la parrilla de comidas y apretar el botón FINALIZAR DIETA.

Toda la información relativa a las dietas también se puede gestionar desde el censo de dietas que está disponible y accesible desde la ETC (Estación de Trabajo Clínica).

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

El tipo de dieta debe ser creada a partir de una OC de indicación médica a enfermería:

- 1. Se debe REALIZAR LA INDICACIÓN en la carga de trabajo de enfermería (caja inferior).
- 2. Se debe CREAR DIETA en registro de dietas
- 3. Se debe añadir la NIC: ETAPAS EN LA DIETA (COD 1020).

Documento de sustancias psicoactivas

BÚSQUEDA: Smart UI \rightarrow Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow Notificació de sustàncies psicoactives

ESTADO: liberado.

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: sí.

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

- 1. INCAPACITADO LEGALMENTE: sí, no.
- 2. TUTOR
- 3. LUGAR: por defecto sale Sant Boi de Llobregat.
- 4. PROVINCIA: por defecto sale Barcelona
- 5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO: campo libre.
- 6. OFICINA DE MOSSOS D'ESQUADRA: campo libre.

La firma de documento por defecto es la del profesional que abre el documento.

Se informa a los mossos d'esquadra:

- ✓ Vía FAX (envío de documento liberado).
- ✓ Vía telefónica.

Notificació sustàncies psic	coactives							
Incapacitat legalment?	No							
Tutor								
Llog	Sant Roi do Llobrog	*						
Brovincia	Barcelona	i.						
Descripció del succés	Formatos de párrafo	* Párrafo justificado	✓ Format	os caracteres		~		
Oficina mossos d'esquadra				(no cal en	nplenar si és en el r	nateix lloc)]
Firma del documento								
Firma del documento Usuario creador							Fecha	25.10.2017

Visualización de documento imprimible:

Notificació d'intervenció substàncies psicoactives						
Sexe: Hombre Data naixement:07/07/199 DNI: NASS: Telèfon: 506808 PADRE Direcció: Població:08859 BEGUES Provincia:Barcelona (Espanya)	NHC: 7 CIP: Data/Hora ingrés: 05/10/2017 17:17h Data/Hora alta: Asseguradora: SERVEI CATALA SALUT , Número episodi: Servei: Unitat Aguts S.M. S.Boi Unitat E: H-SJD2					
	Modalitat d'ingres: Autoritzacio judicial					
Incapacitat legalment?: No Dades del comunicant: D/Dª	DNI					
Incapacitat legalment?: No Dades del comunicant: D/Dª amb categoria professional Metge, en re Pujades,42 pssjd@pssjd.org 08830 Sant Poso en el seu coneixement el següent: (II Lloc: Sant Boi de Llobregat Província: I	DNI presentació de Parc Sanitari Sant Joan de Déu, domicili Boi de Llobregat (Barcelona) - Tel. 93(loc dels fets i descripció del succés) Barcelona					
Incapacitat legalment?: No Dades del comunicant: D/D ^a amb categoria professional Metge, en re Pujades,42 pssjd@pssjd.org 08830 Sant Poso en el seu coneixement el següent: (II Lloc: Sant Boi de Llobregat Provincia: I A las 19;30h nos explica que quiere sincera esta fumando marihuana por las mañanas y una botella de jabón. Se muestra crítico co refuerzo positivo y se realiza comunicado qu	DNI presentació de Parc Sanitari Sant Joan de Déu, domicili Boi de Llobregat (Barcelona) - Tel. 93(loc dels fets i descripció del succés) Barcelona arse con el personal. Nos explica que desde el inicio del turno r nos entrega una bolsita de marihuana que tenia escondida en on la situación y refiere que no quiere tomarla más. Se realiza edando en caja fuerte.					

Escalas de valoración I (registro SAP)

BÚSQUEDA:

■ Smart UI → Valoración → Escalas de valoración



■ Censo de UCIAS, Hospitalización, CCEE → Botón "ESCALA DE VALORACIÓN"

 Signos vitales
 Nota de evolución HOSP
 Plan Cuidados
 Crear documento
 Crea documento
 Crear documento
 <

ESTADO: guardado y liberado

ROL: enfermería, TCAE.

IMPRIMIBLE: no

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

🗅 Nueva Escala	👌 Ver Escalas del Episo	idic 🕴	Ver E	iscalas del Paciente]						
Escalas de Valorac	ión										
Escala	Basal	Basal		Al ingreso	Al ing		Seguimiento	Segui	Al alta	Al alta	
			0.0	(00.00.0001).0		0.5	(24.00.2024) 4	E			

Al abrir "Escala de Valoración" se abrirá una parrilla con tres opciones en la botonera superior:

- "Nueva Escala": es para crear una escala de valoración nueva.
- "Ver Escalas de Episodio": acceso al listado de escalas realizadas en el episodio.
- "Ver Escalas del Paciente": acceso al listado de escalas realizadas en el paciente, independientemente del episodio.

Crear "Nueva Escala"

- Clicar "Nueva Escala"
- Se abre desplegable con todas las Escalas de Valoración. Se elige la escala adecuada y clicar



0

- Al clicar el tipo de Escala se abrirá y hay que implementar los diferentes ítems ("momento de la escala" es un campo obligatorio)
- Una vez rellenada, guardaremos la escala y la liberamos.



• Al liberar el documento, se añadirá este a "Documentos clínicos" y se creará una entrada en el "Informe de evolución"

◄	📰 Signos vitales	🞝 Valores de laboratorio	🖉 Informe de evolución	迄 Prescripciones
F	Grupo prof. 🚽 U.O de d	locumentación 🖌 🖙 Categoría	-Tod. (5) 🖌 🍞 Asignación-Tod. (5) 🚽 🍸	Empleado
前	⁰ 24.09.2021 / 08:23	- Enfern	nería	
Esc: Fect	ala del dolor EVA con valo na realización 24.09.2021	r 4 : Cuatro a las 08:23:33		

🖉 🔓 🎝 👘	Liberado	Informe DPI - Ecografia-	DIAG.IMATGE	
🖉 🗟 🐳 前	Liberado	Escala del dolor EVA	Infermeria	
🖉 🕞 🍫 💼	Liberado	Escala del dolor EVA	Pedi	

Escalas de valoración II (registro APP profesionales)

Registro de escalas a través de la APP: EVA, Barthel, Braden, Downton y Pfeiffer.

1. Si clicamos el botón de "Escales" del Menú principal nos dará acceso a las escalas.



- I. Una vez dentro tenemos:
 - \rightarrow El cercador de pacients (para buscar otro paciente).
 - \rightarrow El nom del Pacient (anteriormente buscado).

 \rightarrow El Escales, donde veremos si existe alguna escala registrada o la opción de registrar una nueva escala siempre que haya episodios abiertos. Lo ubica en el episodio de hospitalización abierto y usado más recientemente.



II. Accediendo a Nova escala, y clicando la línea de "seleccione una escala" muestra el desplegable con las posibles a cumplimentar (moviendo el scroll lateral buscaremos la que nos interese).

Escales	8
Seleccione una escala	•
S-COT NWSHDEVA 31/08/20 14:08	
S-GIN NWSHDEVA 26/06/20 16:17	
Ant. Seguent Fet	
Seleccione una escala	1
Esc. BARTHEL	
Esc. BRADEN	5 escalas
Esc. EVA dolor	disponible
Esc. DOWNTON	

III. Al escoger una escala, se abre el documento con los diferentes apartados como en la HCI-SAP, para cumplimentar. Es necesario marcar el momento de la escala y todas las cajas del formulario. Para liberar, seleccionamos el botón de "Desa".



IV. Al dar a "Desa", automaticamente volveremos a la pantalla donde podemos visualizar todas las escalas hechas y podemos realizar una nueva escala.



<u>Hemofiltro</u>

Este registro se crea al iniciar terapia de hemofiltración en un paciente.

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow Registro hemofiltro H-UCI.
- Smart UI → Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería → NIC: Terapia de hemofiltración (código 2110) → botón Ir al registro.

ESTADO: guardado durante la terapia. Liberado al finalizar terapia.

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: sí.

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

El registro tiene 4 apartados:

1. Datos de la terapia: FECHA, HORA, MODALIDAD TERAPIA y TIPO DE LÍQUIDO son campos obligatorios.

Etiqueta para Registro Hemofiltro para UMI	
Fecha registro 18.09.2018 Hora registro 00:00:00 Modalidad Terapia V Tipo de líquido	Cantidad de líquido
Tipo de iones	Cantidad de iones

2. Flujos y presiones: cumplimentar datos y dar al botón de crear registro.

📑 Crear



Flujos (ml/h)							
Sangre	Reinyección	Dializante		Extracción (ml)		Anticoag	ulante
Presiones (mmHg)							
Entrada	Filtro	Efluente		Retorno		PTM	Filtrado (%)
Observaciones	Formatos de párrafo	Párrafo almeado a izquierda ✓ ■ Párrafo almeado a izquierda ✓ ■ Esborrar	Formatos caracteres		•		

3. Visor de registros de hemofiltro creados.

FECHA/HOP	RA	[TERAPIA				[FLUJOS(ml/h)		[PRESIO	NES(mr	nHg)	
Fecha	Hora	Modalidad	Tipo de líquido	Q iq	Tipo de iones	Q io	San	Rein	Dialza	Extra	Anticoa	Entr	Fitro	Eĥu	Ret	PTM	Filt(%)
18.09.2018	08:32.	CVVH	LÍQUUIDO X	35	IONES X	45	4	4	5	5	5,0	4	4	5	4	4	4
8.09.2018	08:31.	CVVHD	LÍQUIDO X	300	IONES X	200	5	4	5	5	5,0	5	5	5	5	5	7



4. Datos del usuario creador.

Firma del documento				
Usuario creador			Fecha	18.09.2018
Servicio	S-GIN	Ginecologia	Hora	08:19:19

Una vez que guardas el documento, es imprimible mediante el botón imprimir de la botonera superior.

Visualización de impresión

			R	egis	tro de	e Hem	ofilt	ro			_							
tancias 2 cha imp	2 Estanc presión:	ias 2 Est 18.09.201	ancias 2 8 Hora: 08:33:11								NH CIF Fec As	C: 12 2: :ha/Hor :ha/Hor egura	14825 a ing a alt dora: episo	greso: a: SERVI dio: 4	31/01 EI CA	1/2018 TALA S	11:23h ALUT ,	
egistro	5										Se	rvicio:	Geria	tria				
egistro)S HORA			ERAPI	A				FLU	JOS (I	Se	rvicio:	Geria	tria PF	RESION	IES ((mmHg)	
egistro FECHA/ Fecha	HORA Hora	Modalidad	Tipo líquido	ERAPI.	Тіро	iones	Q ions	Sang	FLU. Reinye	JOS (r Dializ	Se nl/h) Extr(ml	Anticos	Geria	PF Filtro	ESION	IES (mmHg) PTM	Filt (%)
FECHA/ Fecha 18.09.2018	HORA Hora 08:32:05	Modalidad CVVH	Tipo líquido LíQUUIDO X	ERAPI	A Tipo IONES X	iones	Q ions 45	Sang 4	FLU. Reinye 4	JOS (r Dializ 5	Se nl/h) Extr(ml	Anticoa 5,0	Geria Entrad	PF Filtro 4	ESION Efluen 5	IES (Retorn 4	(mmHg) PTM 4	Filt (%)

REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

NIC: Terapia de hemofiltración (código 2110).

OBSERVACIONES:

El dato registrado en mililitros en el campo de EXTRACCIÓN (flujos), se vincula con el registro de eliminación de forma automática y genera registro en TIPO DE ELIMINACIÓN: HEMODIAFILTRACIÓN, para que contabilice en el balance.

Flujos (ml/h)				
Sangre	Reinyección	Dializante	Extracción (ml)	Anticoagulante

Visualización del registro de ingesta y eliminación (creación automática).

Pingesta y Registro ingest	Eliminación Ta y eliminación	Crear registro	lodificar registro 🚍 Fi	iminar registro
Ingestas 18.0	9.2018	crear registro 👔 r		ininai registro (188
Fecha	Hora	¹ Tipo	Alimento	Primer plato
< >				1
Eliminaciones	18.09.2018			
Fecha	Hora	Tipo	Presencia	ml
18 09 2018	08:31:00	Hemodiafiltración		5 000
10.05.2010	00.51.00	richiodianiciación		3,000



Heridas I (registro SAP)

BÚSQUEDA:

 REGISTRO INICIAL: Smart UI → Registros de enfermería → Registro y seguimiento de las heridas.



- **REGISTROS POSTERIORES:**
 - SmartUI → Carga de trabajo de enfermería →NIC: CUIDADOS DE LAS HERIDAS / NIC: PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN / NIC: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN → BOTÓN Ir al registro.
 - SmartUI \rightarrow documentos \rightarrow crear versión (a partir de un registro de heridas liberado).

ESTADO: liberado (te obliga a guardar y liberar cada registro). Versionar registros posteriores.

IMPRIMIBLE: NO.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Hay un listado de registros de heridas.

🚡 Registro	o de heridas				
Registro de h	eridas				
Тіро	Localización	Fecha	Tipo lesión	Lesión	Fecha fin
Medida pre	Codo derecho	11.10.2017			
	Cabeza - posterior	11.10.2017			
Herida	Glúteos	12.10.2017	Heridas cró		

		E.	
mod	ificar	Cre	ar línea

Para acceder y visualizar cada registro, es necesario seleccionar la fila y dar al BOTÓN modificar.

•	😼 Órdenes Clínica:	s 📴 Diag	jnósticos	📑 Infor	mes	📑 Lab.	📑 DPI	📑 Escalas	📑 Pruebas
P	Tipo doc1od. (5) 🔺	To Empleado re	sponsable- I od	. (5) 🔺	V Status	-100. (5) 🔺	To docu	imenta 🖌 🍞	Clase Doc.
	A	Acciones	Fecha	Ŧ	Status		Descripc	ión	Unidad organizativa.
	4	/ 🕞 🕹 🛍	08.10.2019		Inicial		Registro H-UCI	Hemofiltro	Gine
	4	🖊 🔓 🕹 💼	08.10.2019		Liberado		Registro	de heridas	Gine

Para versionar el registro y mantener evolutivo de dicha herida, es necesario ir al SmartUI, localizar el registro y dar al BOTÓN crear versión. Se creará una copia del documento, siendo posible su modificación.

Para crear un nuevo registro, hay que seleccionar el BOTÓN crear línea y elegir el tipo de registro.



REGISTRO DE MEDIDAS PREVENTIVAS:

po	Medida preventiva V Localzaci	in Cabeza - posterior	~	Tiempo de evolución	11.10.2017	Fecha finalización
	26 V.					
l ratamientos Materiales	Tipos de materiales	Subtipo		_		
	Bidrogeles	∽ Nu-gel 15 gr		10		
		Ý		~		
		~		~		
	Intervenciones enfermeras					
	Cambios posturales	🗹 Superficie de alivio de presión				
Comentarios	Formatos de párrafo * Alneación izquier	da 🛛 👻 Formatos caracteres		× 🛃		
	a					
				<u> </u>		
Dress de hu						
Pase de cu	mo					

- TIPO: por defecto aparece "medida preventiva", no modificable.
- LOCALIZACIÓN: seleccionar ubicación del listado.
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN: fecha a partir de un calendario.
- FECHA DE FINALIZACIÓN: fecha a partir de un calendario.
- TRATAMIENTOS UTILIZADOS: materiales. Tipo y subtipo (seleccionar del listado).
- INTERVENCIONES ENFERMERAS: cambios posturales / superficies de alivio de presión.
- COMENTARIOS: campo libre.
- PASE DE TURNO: check si deseamos que vaya al pase de turno.
- CLICLADO DE CURA: elegir ciclo para que se generen eventos en la carga de trabajo de enfermería.
- GUARDAR Y LIBERAR.



po	Herida	~	Localización	Glúteos		~						
L												
ripo de lesión	Heridas cróni	cas 🛩	Procedencia	Externa (lo	traía en el ingreso)	~	Fecha a	panción	12.10.2017	Fecha reso	ución
leridas crónicas	10 N			~								
Ancho (rm)	0 00 Jarno (cr) 0.00	Profundid	ad (cm) 0	00 Cavir	lador o tunolira	rionar	×	Tei	da lacha hacida		
Bordec	Largo (ch	1) 0,00	FIOTOTION	au (un) ing	v Diol	narlorional	SUGITES		16	do recito rienda		
Exudado					PNI	pentestonal						
Tipo Se	rosanguinoliento		~		Cantidad Ligero	~						
			1									
Presencia	de infección local											
Mal olor	caracteristico,	o cambi	lo de olor		~	眉						
					~	~						
					1000							
					~	~						
					Ŷ	v						
oformada en in	forme de derivación		97 V	Paciente in	formado previo al ir		~		Familia infr	le rivero chemo	parata	~
nformada en in	forme de derivaciór	۱	Sĩ v	Paciente in	formado previo al ir	ngreso	¥	2	Familia info	ormada previo al	ingreso	~
informada en in Fratamientos ut	forme de derivaciór tilizados	ı.	Sî ¥	Paciente in	formado previo al ir	ngreso	¥	3	Familia info	ormada previo al	ingreso	~
informada en in Fratamientos ul Materiales	forme de derivación tilizados Tipos de mat	ı ertales	Sī ¥	Paciente in Sul	formado previo al ir	ngreso	~		Familia info	ormada previo al	ingreso	~
informada en in Tratamientos u Materiales	iforme de derivación tilizados Tipos de mat Apósittos az	i eriales aorbente	Sí v	Paciente in Sul	formado previo al ir	ngreso	~		Familia info	ormada previo al	ingreso	¥
Informada en in Fratamientos ut Materiales	forme de derivación tilizados Tipos de mat Apósitos az	i eriales aorbente	Sî v	Paciente in Sul	formado previo al ir btipo	ngreso	•		Familia info	ormada previo al	ingreso	×
Informada en in Fratamientos ut Materiales	forme de derivación tilizados Tipos de mat Apósitos az	eriales aorbente	Sī ¥	Paciente in Sul V V	formado previo al ir	ngreso	_		Famila info	ormada previo al	ingreso	~
Informada en in Tratamientos u: Materiales	forme de derivación tilizados Tipos de mat Apósitos az	eriales aorbente	Sî ¥ 18	Paciente in Sul V V	formado previo al in	ngreso	v		Famila info	ormada previo al	ingreso	~
Informada en in Tratamientos ut Materiales	forme de derivación tilzados Tipos de mat Apósitos az Intervenciones	i aorbente	57 V 18	Paciente in Sul V V	formado previo al in	v Igreso		• •	Familia info	ormada previo al	ingreso	×
Informada en in Tratamientos ui Materiales	forme de derivación tilzados Tipos de mat Apósitos az Intervenciones Ri Cambios pu	eriales aostente enfermera poturales	Sî ∨ ta 5	Paciente in Sul V V	formado previo al in btipo	v Igreso			Familia info	ormada previo al	ingreso	×
Informada en in Tratamientos u Materiales	forme de derivación tilzados Tipos de mat Apósitos az Intervenciones Cambios pu	artales ao zbento enfermera osturales	Sī ↓ ta 5 ØSt	Paciente in Sul V V V V V V V	formado previo al in btipo	v Ingreso			Famila info	ormada previo al	ingreso	×
Informada en in Tratamientos un Materiales Iomentarios	forme de derivación tilzad os Tipos de mat apósitos az Intervenciones Ø Cambios pi	enfermera osturales * Alne	Sr ✓ ta s ⊋Sr ✓	Paciente in Sul v v uperficie de alte	formado previo al in btipo 40 de presión matos carscteres	v Igreso		*	Familia info	ormada previo al	ngreso	•
Informada en in Tratamientos ut Materiales	forme de derivación tilizados Tipos de mat Apósitos az Intervenciones Ref Cambios pu Formatos de párrafe	eriales ao zbente enfermera bsturales e * Aine	Sī ♥ ta s s s cónizquerda	Paciente in Sul v v v perfice de ah	formado previo al in btipo no de presión matos caracteres	rgreso	•	*	Familia info	ormada previo al	ingreso	
Enformada en in Tratamientos u Materiales Comentarios	forme de derivación tilizados Tipos de mat Apósitos at Intervenciones M Cambios pr Formatos de párrafo	eriales aozbente enfermera osturales	Sī ♥ ta s S S S ta scón izquierda	Paciente in Sul v uperfice de situ	formado previo al in btipo 40 de presión mates caracteres	v Ingreso	•	* *	Familia info	ormada previo al	ingreso	•
Enformada en in Tratamientos u Materiales Comentarios	forme de derivación tilzados Tipos de mat Apósitos e az Intervenciones Cambios pr Pormatos de párrafo e	eriales aosbente enfermera osturales • * Aine	Sî V ta S S S S S S S S S S S	Paciente in Sul v uporfice de ah	formado previo al in btipo No de presión matte caracteres	v ngreso		* *	Famila info	ormada previo al	ngreso	•
Enformada en in Tratamientos u Materiales	forme de derivación tilizados Tipos de mat apósitica az Intervenciones Øl Cambios pir Formatos de párrafo	eriales aosbento enfermera osturales e * Aine	Sī ✓ ta S Z SL ación izquierda	Paciente in Sul v v v v v v For	formado previo al in btipo no de presión matos caracteres	× Ingreso		· ·	Famila info	ormada previo al	ngreso	
Informada en in Tratamientos ur Materiales Comentarios	forme de derivación tilizados Tipos de mat apósitos az Intervenciones Ø Cambios pi Formatos de párrafo	enfermera osturales + Alne	ST V	Paciente in Sul v v v v v v v v v v v v v v v v v v v	formado previo al in Ditipo No de presión matos caracteres	v		× ×	Familia info	ormada previo al	ingreso	

- TIPO: por defecto aparece "herida", no modificable.
- LOCALIZACIÓN: seleccionar ubicación del listado.
- TIPO DE LESIÓN: seleccionar ubicación del listado.
- PROCEDENCIA: seleccionar ubicación del listado.
- HERIDAS CRÓNICAS: seleccionar ubicación del listado.
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN: fecha a partir de un calendario.
- FECHA DE FINALIZACIÓN: fecha a partir de un calendario.
- MORFOLOGÍA Y ASPECTO: ancho, profundidad, cavidades, tejido lecho herida, bordes, piel perilesional, exudado, cantidad.
- PRESENCIA DE INFECCIÓN LOCAL: seleccionar ubicación del listado.
- INFORMADA EN INFORME DE DERIVACIÓN: check.
- PACIENTE INFORMADO PREVIO AL INGRESO: check.
- FAMILIA INFORMADA PREVIO A INGRESO: check.
- o TRATAMIENTOS UTILIZADOS: materiales. Tipo y subtipo (seleccionar del listado).
- INTERVENCIONES ENFERMERAS: cambios posturales / superficies de alivio de presión.
- COMENTARIOS: campo libre.
- PASE DE TURNO: check si deseamos que vaya al pase de turno.
- CLICLADO DE CURA: elegir ciclo para que se generen eventos en la carga de trabajo de enfermería.
- GUARDAR Y LIBERAR.

EJEMPLO: Cuando a un paciente se le detecte la necesidad de iniciar medidas preventivas para prevenir una úlcera por presión, la enfermera debe hacer los siguientes pasos:

- 1. Activar en el Plan de Cuidados el NANDA de "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea".
- 2. Abrir el registro de seguimiento de heridas y crear un nuevo registro de tipo "medida preventiva" y liberar tras asignarle un ciclo de cuidado. La información del registro, se carga en el evolutivo de forma automática al liberarlo.
- 3. Comprobar que la NIC se ha cargado dentro de NANDA en el Plan de Cuidados. En el curso evolutivo se habrá generado un evento con la información de la primera cura.



- 4. Ir realizando las curas en función de los eventos planificados en la carga de trabajo, cada NIC planificada da acceso a ir al registro desde el BOTÓN IR AL REGISTRO y poder modificar datos o ciclos versionando el documento.
- 5. Cuando se quiera finalizar los cuidados o las medidas preventivas:
 - a. Acceder al registro a partir de la NIC, poner la fecha fin versionando el registro.
 - b. Ir al PC y finalizar el NANDA correspondiente.

Si queremos adjuntar una foto al registro de heridas deberemos seguir los siguientes pasos:

- 1. Clicaremos el botón que se encuentra justo debajo del botón de Menú de la barra de herramientas.
- 2. Crearemos un anexo, y adjuntaremos la imagen. Las imágenes no se visualizan todas juntas, sino que se debe entrar en cada versión del registro para ver cada foto.

	Crear		+	Grear anexo		The second s		
	<u>L</u> ista anexos			⊆rear nota		00001 P.N.	Ep. 400000219 (F	Hospitalizado) Ingri
	Nota persona	nal		⊆rear docume	nto externo (URL)			
6	Enviar			<u>A</u> rchivar Busin	ess Document			
Reg	Conexiones	s.		Crear código barras			7	
Tip	Mis objetos			LOCALIZACION	STARTAN START		1	
	Ayuda para servicios de objeto							
Tpo	ue resion	Herridas albanas		Procedencia	Interna (se ha produ	itema (se ha producido durante el i		Fecha apario
Heric	das aguidas	Traumática punz	ante	~				

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

Se generan automáticamente las NICs cuando en el registro le indicas un ciclo.

- NIC: PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
- NIC: CUIDADOS DE LAS HERIDAS
- NIC: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

P	laı	nificaciór	n enfe	rmería	۹N	4I 18.	10.1	.7 - JU 19	9.10.1	.7 (1 Pacien.)
E	EL	InicPlanif	H.plan.	I.med	Ρ.	Status	Txt.	Fe.inicio real	H.real	Descripción de la prescripción
1	le.	18.10.2017	09:24			×			00:00	Monitorización de los signos vitales
1	le.		10:00			×			00:00	Monitorización de los signos vitales
1	c		12:07					18.10.2017	12:07	Prevención de úlceras por presión
1	c		12:19					18.10.2017	12:19	Cuidados de las úlceras por presión
1	le.		14:00			×			00:00	Cuidados de las úlceras por presión
			15.00						00.00	Descendário de Alexander e entratário

35

Heridas II (registro APP profesionales)

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Registros de enfermería \rightarrow Registro y seguimiento de lasheridas (app).
- APP profesionales



ESTADO: liberado (te obliga a guardar y liberar cada registro). Versionar registros posteriores.

IMPRIMIBLE: NO.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

- → El enlace te dirige directamente a la APP de profesionales donde visualices el Seguiment de Ferides a nivel de paciente y no sólo de episodio.
- → Veremos si existe alguna herida registrada o la opción de registrar una nueva herida siempre que haya episodios abiertos. En la parte inferior veremos el listado de todos los episodios del paciente para ubicar dicho registro nuevo.



Existen 2 opciones:

 Podemos añadir un nuevo registro de heridas, seleccionando el episodio donde queremos incluirlo (nuevo registro de una herida). El episodio elegido se marcará en azul y se abrirá el registro en blanco para cumplimentar (las cajas con asterisco, son campos obligatorios para poder liberar el registro).

2020-09-09	0400586676	
	+	- Episodio
Ambulatorio Neurologia 2020-03-27	0400535774	seleccionado para
Ambulatorio Traumatologia i C. (2015-07-15	Ortopédica 0303161065	
Ambulatorio Neurologia 2015-02-09	0302732809	
Ambulatorio Endocrinologia 2012-04-27	0301482120	
Nou registre ferida	*	Registro de herid
Tipus *		con campos
Seleccionar		obligatorios *
Procedència		
Seleccionar	•	
Localització		
Seleccionar	*	
Data aparició * Data	resolució	

Morfologia y aspecte	•
Ample (om)	Llarg (cm)
Profunditat (cm)	
Cavitats o tunelacions	
Seleccionar	÷
Pell perilesional	
Seleccionar	
Teixit ilit ferida	
Seleccionar	
Bordes	
Seleccionar	
Traspuat	
Tipus	
Seleccionar	1
Quantitat	
Seleccionar	~

resència d'infe	ció local		
Elements select	ionats: 0	•	
Materials			
Tipus Materia			
Selecció	mar —		
Subtipus Mate	rial		
+	an an Anna an A		
Afegir m	aterial		
*	Material		
Intervencio	ns infermeres		
Canvis postur	als		107
Superficie d'al	leujament de pressió		121
Cicles *			
Selecció	mar		٠
Informada en	Informe derivació	•	
Pacient inform	nat previ a 🖂 🛓	•	
Familia Inform	ada previ a l'Ingrés		
Cicles *			
--	--	---	
Informada en Informe derivació			
Familia informada previ a l'Ingrés Comentarios			
Passada de torn Observacions		Acceso a cámara para registro de foto de la lesión. La imagen NO se guarda en la memoria del teléfono.	
Guardar registre ferida		Al guardar, el registro queda liberado directamente. Y se puede ver en la HCI- SAP en el PC y en la propia APP.	

II. Podemos abrir un registro de heridas liberado y versionarlo a partir de los datos anteriores (seguimiento de la herida activa).

Se nos desplegará un mensaje que lee "**Registrar ferida en el mateix episodi**". Clicando ahí, se nos abrirá nuevamente el desplegable de herida y podremos cumplimentarlo con datos nuevos.

Además, en "**veure totes las imatges**", podremos visualizar todas las imágenes hechas a esa herida de todas las versiones de ese registro de heridas.

SJD Parc Sanitari Sant Joan de Déu	8	\equiv	
Cercador de pacients		*	
Pacient	z	~	
Seguiment Ferides		8	
Seleccionar ferida		~	Herida registrada a la que hacemos
Colze esquerre (00-00-000	0)	~ -	seguimiento
00 - 15-6-2020 -			Depósito de imágenes de todas las
Veure totes les imatges 🖻		-	versiones de esa herida
Registrar ferida en el mateix 0303161065	episodi	•	
Episodis oberts			Posibilidad de ubicarlo en el mismo
Urgencias Urgències 2020-09-09	04005866	76	episodio que el resto de versiones
Ambulatorio Medicina del Trel 2020-06-23	04005571	79	



Una vez rellenado el documento y guardado se generará el documento de la herida con la fecha de realización.



Ingesta y eliminación

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Registros de enfermería \rightarrow Registros de ingesta y eliminación.
- Censo de HOSPITALIZACIÓN/UCIAS/CCEE → Botón INGESTA Y ELIMINACIÓN. ESTADO: guardado.

ROL: enfermería, auxiliar de enfermería.

IMPRIMIBLE: NO.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro está dividido en 2 cajas: la primera de INGESTA y la segunda de ELIMINACIÓN; y una botonera superior como BARRA DE HERRAMIENTAS.

📌 Ingest	a y Eliminación													
Pegistro ing	osta v oliminaci	ón												_
🔺 🌆 Ir a	a fecha 🕨	Crear registro	Modificar registro	Eliminar registro	ිය Visualizar registro		🗐 Mostrar Acumula	ado						٦
	2 10 2017													=
Eecha	3.10.2017 Hora	Tino	Alimento	Primer plato	Segundo plato	Po	istre	Aqua	o líquido	Sunlem	ento Volumen (hserva	ciones	
in cent	Inora	100	Aundreo	Think place	Segundo piaco	10	iou c	nguu	o ilquido	Supieri	volumen e	0000110	ciones	11
< >													< 1	>
Eliminacion	oc 12 10 2017													
Fecha	Hora	Tipo	ml Unidad	es Observaciones			Tipo de o	deposició	ı					
									🖙 Crear	ingesta/elimina	ción 🗙			
									¿Qué tip	oo de registro d	esea crear?			
< >														
							Acumulado d	ei dalari	ice niari	co 13.10.20	-	-		
							Fecha	Hora	.27	Clase	Tipo	Σ	n	al
							13.10.2017	12:29	27	Ingesta	Desayuno		500,000	
							10.07.2017	14.20	-00	Indocto	Sucrotorapia		500,000	
							10.07.2017	14.18	-44	Ingesta	Sueroterapia		100.000	
							10.07.20	14.10		ingesta	Sucrocerapia	-	600 000	
							n	1					1 100	
													- 1.100,	•

- A. CALENDARIO: para dirigirte al registro de un día en concreto. Las flechas avanzan o retroceden en días.
- B. CREAR REGISTRO: para registrar una ingesta o una eliminación nueva. Se generan líneas por cada registro en la caja inferior.
- C. MODIFICAR REGISTRO: seleccionar fila deseada para modificar registro.
- D. ELIMINAR REGISTRO: seleccionar fila deseada para eliminar registro.
- E. VISUALIZAR REGISTRO: seleccionar fila deseada para visualizar registro.
- F. MOSTRAR ACUMULADO: se visualiza balance hídrico del día seleccionado.

REGISTRO INGESTA:

- 1. Crear registro
- 2. Tipo de registro: INGESTA
- Tipo de ingesta: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena, resopón, sueroterapia, lactancia artificial, agua.

t 🖃 Crear ing	jesta			
Fecha	13.10.201	7 Hora	12:55:59	
Tipo de i	ngesta	Desayuno Media mañana	e e	
14:18:44	Ingesta	Merienda		0,0
2		Resopón Sueroterapia Lactancia artificial		0,0 10
igesta y elimin	ación de sóli	Agua		
Hora	Clase	Tipo	t	Jnida

4. Datos relacionados con la ingesta: cantidad, % de comida realizada, observaciones.

REGISTRO DE ELIMINACIÓN:

- 1. Crear registro
- 2. Tipo de registro: ELIMINACIÓN
- Tipo de eliminación: diuresis, deposiciones, vómitos, contenido gástrico, drenaje (1,2,3), recuperador de sangre, parecentesis, pérdidas vaginales, expectoración, sudoración, sialorrea, pérdidas insensibles.
- 4. Datos relacionados con la eliminación: cuantificable, número, volumen, observaciones.

🕻 🖃 Crear eliminación		
Fecha 13.10.2017	Hora 13:26:59	
Tipo de eliminación	Diuresis	~
	Diuresis	<u>^</u>
e Cuantificable	Vómitos	Ť
Cantidad	Contenido gástrico	
Lugar	Drenaje 1	
-	Drenaje 2 Drenaje 2	
	Recuperador de sangre	
	Paracentesis	
	Pérdidas vaginales	
	Expectoración	
	Sudoracion	~
Observaciones	Medidas insensibles	~

Las entradas al registro de ingesta y eliminación en forma de diuresis, se incorporan automáticamente al registro de signos vitales y viceversa.

La sueroterapia administrada también se añade a la ingesta de manera automática al validar la administración del evento de medicación.

Los datos de la cantidad extraída registrada en el registro de hemofiltro se añaden automáticamente.

Eliminaciones	08.10.2019					
Fecha	Hora	Тіро	Presencia	ml	Unidades	Observaciones
08.10.2019	11:28:39	Hemodiafiltración		33,000		

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA:

Cada entrada en el registro, genera en la carga de trabajo una NIC de forma automática.

Entrada de ingesta:

- o NIC: MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL (sólidos)
- NIC: MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS (líquidos)

Entrada de eliminación (desde registro de ingesta/eliminación):

• NIC: MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

Entrada de eliminación DIURESIS (desde registro de signos vitales):

• NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.

Entrada de eliminación (desde registro de hemofiltro):

• NIC: TERAPIA DE HEMODIAFILTRACIÓN.

Lactancia materna

BÚSQUEDA:

- \circ Smart UI \rightarrow Registros de enfermería \rightarrow Registro de LACTANCIA MATERNA
- \circ NIC: ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA \rightarrow Ir al registro

ESTADO: guardado. Si se cumplimentan 3 registros, se libera, para poder abrir un documento nuevo.

ROL: enfermería / auxiliar de enfermería

IMPRIMIBLE: NO.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro tiene 3 partes:

- 1. Datos del registro:
 - o MOMENTO DEL REGISTRO: primeras 24 horas, durante el ingreso, pre-alta.
 - POSICIÓN: rugby, tradicional, cuna cruzada, caballito, decúbito lateral en cama, otro (campo libre).
 - PECHO: izquierdo, derecho.
 - o FECHA Y HORA DEL REGISTRO: por defecto la actual (modificable)
 - o TIEMPO DE TOMA: el bebé deja el pecho espontáneamente, la madre retira el pecho.
 - MINUTOS: en minutos.

Moment del registre	Primeres 24 hores	~		Data	17.10.2017	Hora	07:46:13
Posició mare-nadó	Rugby	~		Temps	El nadó deixa a	nar el pit	espontàni 🗸
			68	Temps d	urada lactància en	minuts	10
Pit	Esquerre	~					

- 2. Ítems a valorar dentro de 5 puntos importantes en la lactancia:
 - POSICIÓN DEL CUERPO
 - o **RESPUESTAS**
 - VÍNCULO AFECTIVO
 - ANATOMÍA
 - SUCCIÓN

Es necesario marcar al menos un ítem de cada punto, teniendo en cuenta que los ítems de la columna de la izquierda son signos de buen agarre y los de la derecha, signos de mal agarre.

Posició del cos			
a. Mare relaxada i còmoda		Espatlles tenses	
b. Cos del nadó a prop, d'enfront del pit		Cos del nadó separat de la mare	
c. Cap i cos del nadó alineats	\checkmark	Coll del nadó tort	
d. Natges del nadó recolzades		Només recolzats el cap o les espatlles	
Respostes			
a. El nadó busca el pit	\checkmark	No s'observa cerca	
b. Nadó explora el pit amb la llengua		El nadó no es mostra interessat en el pit	
c. Nadó tranquil i alerta mentre mama		Nadó inquiet o plorant	
d. El nadó roman agafat al pit		El nadó es deixa anar del pit	
e. Signes d'ejecció de calostre / llet		No hi ha signes d'ejecció de calostre / llet	

Vincle afectiu			
a. El sosté segura i confiadament		El sosté nerviosament i amb poca traça	
b. La mare mira al nadó cara a cara		La mare no mira al nadó als ulls	\checkmark
c. Molt contacte amb la mare		El toca poc, no hi ha gairebé contacte físic	
d. La mare acarona al nadó		La mare el sacseja	
Anatomia			
a. Pits tous després de la presa		Pits ingurgitats (pletòrics)	\checkmark
b. Mugrons protràctils		Mugrons plans o invertits	
c. Pell d'aparença sana		Pell vermella o amb fissures	
d. Pits arrodonits mentre el nadó mama		Pits estirats o halats	
Succió			
a. Més arèola sobre la boca del nadó		Més arèola per sota de la boca del nadó	
b. Boca ben oberta	\checkmark	Boca no està ben oberta	
c. Llavi inferior evertit		Llavi inferior invertit	
d. Mentó del nadó toca el pit		Mentó del nadó no toca el pit	
e. Galtes arrodonides		Galtes tenses o xuclades cap a dins	
f. Mamades lentes i profundes, de vegades amb pauses		Només mamades ràpides	
g. Es pot veure o sentir al nadó deglutint		Se sent al nadó espetegant	

3. Caja de observaciones (campo libre):

Una vez que cumplimentas todos los campos (obligatorios), se debe GUARDAR, y la información registrada se vuelca unificada a la caja de recogida de datos (parte derecha del registro).

Observacions					
Formatos de párrafo	* Párrafo justificado	~	Formatos caracteres		
Ω •				▲ ▼ ▶	
		m Re	eg.		Reg.

Los ítems alterados son marcados de color amarillo.

Es posible borrar el registro desde la papelera. El documento sólo permite recoger la información de 3 registros. Si se necesitan más, se libera el primer documento con 3, y automáticamente se abre un documento nuevo vacío.



REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO:

Desde la NIC: ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA (incluida dentro del PC de parto vaginal y cesárea), se accede al registro de lactancia.

Hay que validar la NIC de forma manual.

Medidas preventivas de caídas

BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registro de medidas preventivas de caídas
- \circ Carga de trabajo de enfermería → NIC: PREVENCION DE CAIDAS → botón IR AL REGISTRO



Si hay un registro previo, te da la opción de recuperar los datos.



ESTADO: guardado o liberado (crear versión sí creo nuevo documento). Sólo debe haber un documento de prevención de caídas por paciente y episodio.

ROL: enfermería, auxiliar de enfermería.

IMPRIMIBLE: NO.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

- 1. Nos da la posibilidad de realizar una ESCALA nueva (ej. Downton) o visualizar las escalas anteriores del paciente.
- 2. MOMENTO se realiza el registro: mañana, tarde o noche.
- 3. Registro CAÍDAS PREVIAS y NÚMERO.
- 4. MEDIDAS GENERALES: nos muestran todas seleccionadas por defecto. Se deben desclicar las actividades que no se hayan realizado. Existe la posibilidad de registrar un comentario en cada medida.
- 5. DISPOSITIVOS DE AYUDA en caso de que se utilicen.
- 6. DISPOSITIVOS DE PREVENCIÓN en caso de que se utilicen
- 7. MEDIDAS ESPECÍFICAS: campo libre.

Turno		
NA Mañana Tarde Noche		
Caidas Previas		
Caldas Previas Número Desconocido		
En el caso de que el paciente haya sufrido anteniores caídas de causadesconocida y desconocerros el número de éstas, se tiene que seleccionarcampo número desconocido.		
Keddas Generales		
tedidas Generales Informar y explicar al paciente, famila y cuidadores la importancia delss medidas preventivas		
edidas Generales Informar y explicar al paciente, famila y cuidadores la importancia delss medidas preventivas Descripción	Comenta	ario C.
edidas Generales Informar y explicar al paciente, famila y cuidadores la importancia delas medidas preventivas Descripción Calzado antidesizante cerrado y bien colocado	Coment	ario C.
edidas Generales Informar y explicar al paciente, famila y cuidadores la importancia delas medidas preventivas Descripción Calzado antidesizante cerrado y bien colocado Colzado paciente adiente	Coment	ario C.
tedidas Generales Informar y explicar al pacente, famila y cuidadores la importancia delas medidas preventivas Descripción ✓ O Cabado antidesizante cerrado y bien colocado ✓ O Ropa del paciente adiente ✓ Q ue los familares avisen si el paciente se queda solo y es de riesgo	Coment.	ario C. 22
Iedidas Generales Informar y explicar al paciente, famila y cuidadores la importancia delas medidas preventivas Descripción ✓ © Catado antidesizante cerrado y bien colocado ✓ © Ropa del paciente adiente ✓ © Que los familares avisen si el paciente se queda sob y es de riesgo ✓ © Que ol paciente avise siempre que neceste ayuda	Coment	ario C. 2 2 2 2 2

Descripc	tión				Comentario	C
Cam	na frenada y en posición baja	3				
🖉 Timi	bre e interruptor de la luz d	eben estar al alcance del paciente				
🚫 Uso	de barandillas laterales si el	paciente está encamado y es de ries	sgo			
🕗 Si es	s de riesgo, recordarle que i	no debe hacer solo las transferencias	s, sino llamar al timbre y	hacerlas con la ayuda de los prof	esionales	
🕑 Si re	equiere del uso de dispositiv	os de ayuda a la movilización, asegur	arse que sabe usarlo y	tiene el entreno suficiente y segu	uro – evite riesgo	
🕐 Habi	itación bien iluminada, recog	gida (sin obstáculos) y suelo seco				
🕐 En d	caso de cirugía reciente (24-	48h) evitar levantarse las primeras v	eces sin estar acompaí	ado de personal asistencial		
🕜 Si el	l paciente toma tranquilizant	tes/sedantes/antidepresivos vigilar el	nivel de consciencia ar	tes de realizar movilizaciones		
O No I	evantarse bruscamente par	a evitar la hipotensión ortostática y s	i el paciente toma hipo	tensores controlar que se levante	e lentamente de l	R
O Si el	naciente es incontinente. 1	facilitar la evacuación urinaria cada 2/	3 horas v si toma diuré	ticos proporcionar avuda para ir al	baño, Recomen	
						Rectaured,
Dispositi	ivos Avuda			Dispositivos Prevención		
		Comentario	C	Descripción	Comentario	C
Descripc	lon					Nor a
Descripc	Hecesita dispositivos	de ayu		Necesita disposit	ivos de pre	
Descripc	30n Necesita dispositivos Necesita ayuda para la	de ayu movil		Necesita disposit Barandillas en la	ivos de pre	
Descripc N N E	Gon Necesita dispositivos Necesita ayuda para la Bastones	de ayu movil		Necesita disposit Barandillas en la Casco	ivos de pre… cama	
Descripc N N E	JON Necesita dispositivos Necesita ayuda para la Bastones Caminador	de ayu movil		Necesita disposit Barandillas en la Casco Otros	ivos de pre… cama	
Descripc N E C S	NON Necesita dispositivos Necesita ayuda para la Sastones Saminador Silla	de ayu movil.		Necesita disposit Barandillas en la Casco Otros	ivos de pre cama	
Descripc N N E C S	Jon Necesita dispositivos Necesita ayuda para la Sastones Zaminador Silla Srúa	de ayu movil		Necesita disposit Barandillas en la Casco Otros	ivos de pre cama	

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERIA:

Es necesario añadir NIC: PREVENCIÓN DE CAÍDAS

NOTA: Pendiente de automatismo que genere NIC en carga de trabajo de manera automática al guardar o liberar registro.

Medidas restrictivas

Previo registro de medidas restrictivas, debe de haber una **indicación médica a enfermería**: **movilización-contención mecánica.**

BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registros de medidas restrictivas.
- Smart UI → Carga de trabajo de enfermería → NIC: SUJECCIÓN FÍSICA / NIC: AISLAMIENTO → Ir al registro.

ESTADO: GUARDADO hasta finalización de contención. Liberado al retirar contención al paciente.

IMPRIMIBLE: NO

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

	cre. rice. one blag.		
Registro medidas restric	tivas		
Se ha realizado aborda	aje verbal previo	Realización abordaje verbal previo	Sí 🗸
Se ha realizado aborda	aje farmacológico previo	Realización abordaje farmacológico previo	Sí 🗸 🗸
Se ha realizado aborda	aje farmacológico	Realización abordaje farmacológico paralelo	Sí 🗸
Incidencias durante la	realización de la técnica		
Formatos de párrafo	* Párrafo alineado a izquierda 🛛 🗸	Formatos caracteres	· 🔁
HDHDHASUDG∝			A
Tipo medida restrictiva	a 🗸 🗸		
	Sujeción mecánica	۲ L	
Observaciones	Aislamiento		
Formatos de párrafo	* Párrafo alineado a izquierda	Formatos caracteres	
<u>n</u>			-
			•
•			

- A. Apartado común en el registro que incluye una serie de preguntas.
- B. Incidencias: campo libre.
- C. Apartado donde indicas el tipo de medida restrictiva utilizada: sujeción mecánica/aislamiento.

Si selecciona SUJECIÓN MECÁNICA:

 Se abre un apartado que muestra las actividades de enfermería a realizar, el registro se precarga con un ciclo por defecto (cada/1 hora) para realizar las actividades, y que éstas, vayan a la carga de trabajo de enfermería.

Sujeción mecánica		
Código actividad	Descripción actividad	Frecuencia
658016	Comprovar l'estat de la pell en el lloc de subjecció	C/1H
658017	Vigilar Freqüenment el color, temperatura i sesibilitat de les extremitats subjectades	C/1H
658019	Col·locar el pacient en una posició que faciliti la comoditat i que evite la aspiració i erosions a la pell.	C/1H
658023	Ajuda a les necessitats relacionades amb la nutrició, evacuació, hidratació i higiene personal.	C/1H
658024	Avaluar, a intervals regulars, la necessitat del pacient de continuar amb la intervenció restrictiva.	C/1H

 Se muestra una tabla para poder registrar los puntos de sujeción del paciente (añadir o suprimir filas).

Localización	EESS Izquierda	~ E
Localización	Eliminar	
EESS Izquierda		E
EESS Izquierda		

 Se visualiza tabla (visor) donde se recogen los tiempos que lleva el paciente con cada tipo de sujeción. A medida que se vayan retirando o poniendo quedan registrados los tiempos y las sujeciones. La hora de inicio es modificable, ya que el registro se abre tiempo después de realizar la técnica (estoy ayuda a indicar el tiempo exacto que el paciente lleva en contención).

recha Inicio		recha III		Numero de sujeciones	Tiords	minucos	
18.10.2017	12:59:31		00:00:00	3	0	0	

Si selecciona **AISLAMIENTO**:

- Se abre un apartado que muestra las actividades de enfermería a realizar, el registro se precarga con un ciclo por defecto (cada/1 hora según protocolo del centro) para realizar las actividades, y que éstas, vayan a la carga de trabajo de enfermería. También se visualiza un reloj que nos indica el tiempo que lleva el paciente en aislamiento.
- Siempre al final de registro de medidas restrictivas tenemos un campo de observaciones.

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERÍA:

• Al guardar el documento se añadirá la NIC y las actividades correspondientes al plan de cuidados del paciente para generar la carga de trabajo de enfermería. La aplicación

buscará si en el plan, existe alguno de los siguientes NANDA activos: Riesgo de suicidio / Riesgo de automutilación / Riesgo de violencia dirigida a otros / Riesgo de violencia autodirigida, y añadirá en su carpeta las NICs.

- Si no hubiera ninguno de estos NANDA, se creará la carpeta "Registros de medidas restrictivas" y las NICs y ACTs se añadirán en esta carpeta nueva. Hay que crear el NANDA que corresponda y asociarle esta carpeta.
- Si se modifican campos en el registro, se actualizarán las actividades correspondientes en el plan de cuidados.
- Cuando el personal determine la finalización de las medidas restrictivas, liberará el registro con la fecha y hora correspondiente y de forma automática se finalizan (con motivo de la finalización: "alcanzado") las intervenciones del plan de cuidados. Si libero el documento sin registrar fecha y hora de finalización de medida, se considera que los datos de fin de medida son los mismos que de liberación del registro.

Menstruación

BÚSQUEDA: Smart UI → Registros de enfermería

ESTADO: Liberar. Crear versiones para conseguir calendario anual.

IMPRIMIBLE: no

ROL: auxiliar de enfermería



REGISTRO:

La parte superior, es la parte diseñada para recoger los datos necesarios (OBLIGATORIOS):

	Registre Menstruació	
-	Última menstruació anterior al registre	🚱 Act. Calendari
•	Mètode anticonceptiu V Data pròxima administració	📴 Registrar Adm.
-	Registre de menstruació des de fins a	🗟 Registrar Menst.

Para indicar la ÚLTIMA MENSTRUACIÓN se debe poner la fecha y seleccionar el botón ACTIVAR CALENDARIO. De forma automática el calendario se adapta a las fechas.

Para indicar el tipo de ANTICONCEPTIVO se debe rellenar el desplegable e indicar la fecha de la próxima administración mediante el calendario o manualmente, y seleccionar el botón REGISTRAR ADMINISTRACIÓN. Se refleja en el calendario con el color AMARILLO. En el caso de solaparse con el período de menstruación se refleja en color en VERDE.

Para registrar el PERÍODO DE MENSTRUACIÓN se deben poner las fechas de inicio y fin y seleccionar el botón REGISTRAR MESNTRUACIÓN. Se refleja el período en color AZUL.

Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	LLEGENDA COLORS
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	BLAU -> Menstruació
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	CROC > Adm Anticoncontin
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	GROC -> Adm. Anticonceptiu
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	VERD -> Menstr. + Adm. Antic
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	

La parte inferior, es la parte diseñada para registrar OBSERVACIONES en un campo libre. También hay una caja con el historial de entradas en el registro. Y al final los datos de la persona que realiza/firma el registro.

]	
Formatos de párrafo	* Párrafo justificado 🗸 🗸	Formatos caracteres	¥ [L
α			
			~
<			>
Registre de menstrua	ició		
Formatos de párrafo	* Párrafo justificado 🗸 🗸	Formatos caracteres	¥ [
α			^
			✓

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERO:

AÑADIR NIC: PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPCIÓN y validarla.

NOTA: Pendiente de automatismo que genere NIC en carga de trabajo de manera automática al liberar registro.

50

Pertenencias

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Registros de enfermería \rightarrow Registro de pertenencias
- Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow Registro de pertenencias

ESTADO: liberado (crear versión al devolver pertenencias y liberar registro).

IMPRIMIBLE: sí (al liberarlo, se genera la impresión de un formulario que deberá ser firmado por los profesionales y el paciente). Puede imprimirse directamente en el sobre donde se guardan las pertenecías.

ROL: enfermería / auxiliar de enfermería

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

PARA REGISTRAR LA RECOGIDA

Registro de Objetos:

- 1. TIPO, CANTIDAD, UBICACIÓN y DESCRIPCIÓN son campos obligatorios.
- 2. Activar el botón DEPÓSITO para que la información se refleje en la parrilla inferior. Genera líneas con la información.

	E,	Diposit
--	----	---------

🔜 Esborra

3. Es posible ELIMINAR REGISTRO seleccionando la fila en cuestión.

Objectes								
Tipus Roba	~	Quantitat 1	Unita	t		Ubicació	[~
Descriptiu camise	ta			E	👃 Diposit	📑 Esborra	Armari auxiliar Caixa forta Caixó farmaciola	
Data entrada	Empleat	Tipus	Descriptiu	Quantitat	Unitat	Ubicació	Re Calaix infermeria	tornat per
		Objectes d'higi	maquina de afeitar	2,00		Armari auxiliar	Altres	
		ROBA	camiseta	1,00		ARMARI AUXILIAR		

Registro de dinero:

- 1. Cantidad: en euros.
- 2. Movimiento: entrada.
- 3. Botón INSERTAR LÍNEA.
- 4. PROFESIONAL TESTIMONIO: introducir el código del profesional testigo del depósito de pertenencias.
- 5. REGISTRO DE MOVIMIENTOS: se visualiza el histórico de movimientos de las pertenencias del paciente.
- 6. OBSERVACIONES: campo libre.
- 7. FIRMA: por defecto sale volcada la información del profesional que abre el registro

PARA REGISTAR LA DEVOLUCIÓN

Se crea versión del documento.

Devolución de objeto:

Se selecciona la línea del objeto que se devuelve y se activa el botón DEVOLUCIÓN. Queda reflejada la fecha, hora y profesional que lo devuelve.

👙 Devolució

De	scriptiu camiseta					Diposit	Esborra	🗳 Devolució		
	Data entrada	Empleat	Tipus	Descriptiu	Quantitat	Unitat	Ubicació	Retornat	Retornat per	iii
	11H35 11/10/2017		DBJECTES D'HIGI	maquina de afeitar	2,00		ARMARI AUXILIAR	Devolucio		
	11H35 11/10/2017		ROBA	camiseta	1,00		ARMARI AUXILIAR	11H45 11/10/2017		

Devolución de dinero:

- 1. Cantidad: en euros
- 2. Movimiento: salida
- 3. Botón INSERTAR LÍNEA (automáticamente te hace el cálculo del dinero que aún se guarda).
- 4. Guardar y liberar.

Quantitat	100	Moviment	Entrada	~	📑 🗟 Inser	tar línea	🗟 Esborrar
Data en	trada	Empleat	Moviment	Saldo Actual	Zeile einf Import	fügen Moneda	
11H52 :	11/10/2017	1	SORTIDA	50,00	50,00	EUROS	
11H49 :	11/10/2017	1	ENTRADA	100,00	100,00	EUROS	

El formulario que se imprime recoge los objetos y el dinero que se quedan en posesión del profesional, no describe los objetos retornados (eso siempre se puede consultar dentro del registro).

Después de la creación inicial del registro, cada vez que se quiera registrar o devolver objetos/dinero no se deberá crear de nuevo el documento, se deberá generar una versión del mismo. Esto, nos permite recuperar todos los datos introducidos y registrar los cambios (entradas/salidas) realizadas.

BUSCAR DOCUMENTO GENERADO:

 Censo de HOSPITALIZACIÓN → seleccionar paciente→ botón LISTADO DE DOCUMENTOS → seleccionar fila del documento → botón CREAR VERSIÓN (botonera superior)

Г	_	_		
	Г	è	_	
	L	L		
	_	Ľ		

🛔 Pacien	te 🛅 Otas 🖌 🗋 Traslado 🎝 🎦 Traslado Pl	anificado 🗋 Permiso 🗋 Permiso ciclado 🖍 Lista ep	osodios 🎽 Pers.asign.	🗋 Orden cinica 🗸 🎽	Alta ADM 🐬	Declaración inc	idencas 🔡 Justificante 🕞 Hoja de tr	atamiento	
🐼 Signos	vitales 🗋 Nota de evolución HOSP 📰 Pla	n Cuidados 😰 Crear documento 💐 Organizer pacier	ntes 💰 Lst.doc.p.pcte	Listat documents	🕌 Actividad	i Grupal 🖳 1Q	🚰 Smartu) 🚳 Informe de evolución	() Registro dietas	Activitats Pacient
ENF -	Ocupación HOSP De 13.10.2	2017 08:20 Con 46 Pacientes							
UO enfen	n." Carra " Big. AP Stat. alta Salida Doc.Pre	alt DocAltHosp Aislamien. Avisos cl Habit.* Paciente	Paciente		Alergia UO m	iéd. Profesional	Texto libre del diagnóstico		Permisos Cl.movimie
H-58	<u>H-521A</u>	H-521 107018	YENESE FUMBUMAB JO)SEFA (M, 62 a)	E, SPN	E LORES, LU	IS JOSE		Fin P. Gen
11 50	11 5210	U 531							- Y-

[Menú _] 🔮 🔚 🔇 😂 🕄 🗋 🖍 60 🖶 🔽 🔂 1	# 😔 5,5 6,666 MH 🖥 🖻
Lista de documentos	
Paciente MARIA	NHC 0000345331
Filtros	
Estado Otros	
Todos Inicial Liberado Inclu	uir docs. borrados
349 registros seleccionados	
🗈 Creado el 🔹 Descripción breve	UO doc. Empleado responsable Estado Vs Lib
08.10.2019 Registre de Pertinences	S-GIN PEREZ PINEDO, IRATXE Liberado 00 PE

 \circ Smart UI del paciente \rightarrow pestaña de DOCUMENTOS \rightarrow icono CREAR VERSIÓN

•	🚾 Órdenes Clínicas	<mark>≣</mark> ∃ Diagn	ósticos	📑 Info	rmes 🗧	Lab.	DPI	📑 Escalas	📑 Pruebas	
F	Tipo docTod. (6) 🛓 🖙 Em	ipleado respo	nsable-Tod.	(6) 🖌 🍞	Liberado (6)	🖌 🔓 UO	documenta	🖌 📅 Clase D	oc. A Reinicializar f	filtro
	Accior	nes I	Fecha	Ŧ	Status	T	Descripci	ión l	Unidad organizativa.	
	1	6 🎝 👘 🛛 (08.10.2019		Liberado		Registre Pertinend	de (ces	Gine	
				Accior	nes					
				N 🗟	8 🎝 🕯	ĵ				

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

No existe NIC asociada.



Signos vitales

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Registros de enfermería \rightarrow Registrar signos vitales
- Smart UI \rightarrow Modo de visualización RESUMEN \rightarrow Pestaña signos vitales → Crear



Smart UI \rightarrow Modo de visualización CONSTANTES \rightarrow Pestaña signos vitales \rightarrow Crear 0

rectores de nesgo na	ng. Alenghas (2) URG	CLOKELS ESDER EDIZORIO #00005050		Ansus(u)	
			4	Episodio: 400006650, Ambulatorio, URG (de 25.05.2017) _ Pág. Constantes	~ Bp
🕤 📊 SmartChart	🗷 Signos vitales				
					3 20

Censo de ocupación / censo de UCIAS \rightarrow seleccionar fila del paciente \rightarrow botón SIGNOS 0 VITALES

ACONKA	vitales D Nota de evolución HOSH	Plan Cuidados 🔝 Crear documento 🚊	Organizer paci	entes 🗥 Lst.doc.p.pcte. 👔 Listat docum	ents 🛔 /	Actividad L	inupat I 🕎 IQ 👔 Sm	artul joo Informe de evolucion	🕼 Registro dietas
ENF - (Ocupación HOSP De 1	6.10.2017 08:43 Con 46 Pa	cientes						
UO enfern	1. [*] Carna [*] Bkg. AP Stat. alta Salida	Doc.Prealt DocAltHosp Asiamien, Avisos cii H	abt." Paciente	Paciente	Alerg	tia UO méd	d. Profesional	Texto libre del diagnóstico	Per
	H-521A	H	521 107018	YENESE FUMBUMAB JOSEFA (N, 62 a)	E,	S-PNE	LORES, LUIS JOSE		
H-58									
H-5B H-5B	H-5218	H H	-521						

○ Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería → NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES → Realizar intervención → botón IR A REGISTRO

	10 et 1 1 te 10 grave benede 100 e 11 te 10 te 1
ESTADO: guardado	Advertised CARTERINA AND ADVERTISED
ROL: enfermería, auxiliar de enfermería	Charge sinnifications
CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:	
	±rifiquer N.O.

El registro consta de 2 cajas:

1. La superior, es un visor con el historial de signos vitales recogidos. Los valores en color NARANJA son valores que se salen de los rangos de normalidad.

Es posible modificar datos introducidos con el botón MODIFICAR RECONOCIMIENTO. Previamente es necesario seleccionar la columna en la que deseas realizar cambios.

Es posible anular registro con el botón ANULAR RECONOCIMENTO. Previamente es necesario seleccionar las columnas a suprimir.

Es posible imprimir histórico de contantes con el botón IMPRIMIR RECONOCIMIENTOS. Previamente es necesario seleccionar las columnas que deseas imprimir.

2. La inferior, es donde se realiza el **nuevo registro**.

E.

Es necesario cumplimentar el VALOR DE LA MEDICIÓN.

Es posible escribir una nota adicional al registro en INFORMACIÓN ADICIONAL.

Si necesitas añadir alguna variable que no está como predeterminada, hay que ir al botón INSERTAR LÍNEA y abrir el desplegable con las variables que contiene la herramienta. Seleccionar la deseada y añadirla, haciendo doble clic. Si se desea añadir varios signos vitales a la vez, se creará una línea nueva clicando el botón INSERTAR LINEA y luego clicar el CATÁLOGO. Se abrirá un desplegable con la posibilidad de añadir varios signos vitales a la vez.

					F	N. 15.12.1954				En 4
	Serv. Med. Pneur	mo Diag.								Cp
22					index and a					
¶a ∎	K >> Mod	ificar reco	nocim. 🔟 Anul	ar recon	ocimiento	Imprimir reconocir	mentos 📲	- 1		
Recond	ocimientos dentro d	el período	23.05.2017 A 1	16.10.20	17					
Denom	ninación	Unidad	Zona normal	24.05	.2017 08:04	24.05.2017 14:44	4 24.05.20	017 21:47	25.05.2017 07:51	25.05.2017 15:07
Tensió	n Arterial Sistólica	mm/h	120 - 140	114		119	123		130	117
Tensió	n Arterial Diastólica	mm/h	60 - 90	66		/9	68		/2	59
Tensiói -	n Arterial Media	mm/h	70 - 110	80			76		85	
-recue	ncia cardiaca	1/min	60 - 80	105		100	85		96	100
Tempe	ratura	°C	35,500 - 37	36,30	000	36,50000	36,5000	0	36	36,50000
Satura	ción de oxígeno	%	98 - 100	96		98	95		95	97
Esp	Signos vitales	Denomi	inación		Unidad \	/alor medición Info	o adicional		Calid.val.medici	ón Motivo
	TAS	Tension	Arterial Sistólica		mm/h				Sin datos	8
	TAD	Tensión	Arterial Diastólic	a	mm/h	The same of the second s	i dhae	ana 180, 1993	×	1
	FK FC	Frecuer	icia respiratoria			C M C .	Lizh	De de		Ē)
	TEMPERATURA	Tomo			1/mm	Tension Arteral Sittokas Tension Arteral Daetoka	TAS TAD	07.65.2016 88:0 07.65.2016 88:0	0 31.12.4035 24:50 * 0 31.12.9930 24:50 *	a
	CLUCEMIA	Clucom	iacuid		c i	Tonible Arteral Neda Decusios carálica	TAM /C	\$7.45.2016 98.9 \$7.05.2016 88.0	0 3L.12.9990 24:00 0 3L.12.9900 24:00	Đ
	SATO2	Saturas	ión de oxígeno		04	Exclased reproted Temporation	TEMPUSATURA	07.05.2016 880 10.65.2015 88:0	0 91.12,9900 24:00 0 31.12,9900 24:00	
	DESO	Deco	ion de oxigeno		ka li	Saturactór de ospens	LATCO	87,65,2010 980	0 11.32,9999 24:30	
	TALLA	Talla			ny cm	Talls Ex. EVA 0001	TALLA	67.05.2015 88-0 67.03.2018 88-0	0 11.12.9999 24:30	
	FVA	FSC EV	A dolor			Presión Versex Gentral Presión Intredictoraul	DAL DIA	67.053016 884 67.053016 884	0 31.13,9999 24:30 0 31.13,9999 24:50	
	L */ 1					Presión Arterial Palmonis Satólica Presión Arterial Palmonar Diacólica	PAPS PAPD	67.052015 88.0 67.052015 88.0	0 31.12.9999 24:00 0 31.12.9999 24:00	Ē
					1.5	Presidin Arterial Palmonar Missia	PAPM	67.05.2015 \$8.0	0 11.12.9999 24:00	< >
< >					1.5	Presion Capiter Putnemer	00	07.05.2010 98.0	0 31.12.9999 29230	

VISUALIZACIÓN DE IMPRESIÓN:

Constant	ies v	itales		Parc Sanit	ari Sant Joan De [Déu						
				Pá	^{gina: 1 / 1} 107018	1						
Último reconocimie	ento: 2	5.05.2017		Fecha de 15.12.1954								
Primer reconocimi	ento: 24	4.05.2017		M	ujer, 62 años	5						
Valor de medición	Unidad	Zona de la norma	25.05.2017 - 15:07:00	25.05.2017 - 07:51:07	24.05.2017 - 21:47:45	24.05.2017 - 14:44:00	24.05.2017 - 08:04:23					
Tensión Arterial	mm/h	120 - 140	117(L)	130	123	119(L)	114(L)					
Tensión Arterial	mm/h	60 - 90	59(L)	72	68	79	66					
Tensión Arterial	mm/h	70 - 110		85	76		80					
Frecuencia cardía	1/min	60 - 80	100(H)	96(H)	85(H)	100(H)	105(H)					
Temperatura	°C	35,500 - 37	36,50000	36	36,50000	36,50000	36,30000					
Saturación de oxí	%	98 - 100	97(L)	95(L)	95(L)	98	96(L)					

SMARTCHART (página principal de Smart UI en modo de visualización CONSTANTES):

A su vez, cada monitorización de signos vitales genera eventos en la gráfica de constantes SMARTCHART (espacio de representación gráfica de constantes vitales).



Existe la posibilidad de visualizar la gráfica en HORAS, DÍAS y SEMANAS.

medicación + constantes).

de tiempo predefinida.

Posicionándote encima de las barras de verticales de los

intervalos de cada constante se muestran los rangos de normalidad en verde y en rojo los rangos críticos.

Boomain de la carear 😰 Decontrol banca 7.FC TA-FR 🔹 🖬 💽 🔄 🖬 💽 🗰 🧏 🔤 👘	100100 11.0056 11.0056 13.00560 1405.00 1405.00 15.00.00 18.00.00 17.0056 38.00.00 18.00.00 2050.00 2050.00	X1200-00 X2:00:00 X2:00
		+ Temperature - Frechenica Gardinez- Zimmolo Anna Gardinez- - Frechenica Repreterie + Frechenica Repreterie

REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

Cada vez que se registra una constante desde el registro de constantes, se genera y se valida de forma automática la NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES en la carga de trabajo de enfermería.

Si la NIC está planificada en el Plan de Cuidados del paciente y se accede al registro desde ella (botón IR AL REGISTRO), ésta no se genera otra vez, pues se entiende que ese control de constantes pertenece a esa NIC.

Si el registro de constantes se hace desde un Criticón el registro de los valores se realiza automáticamente, pero enfermería deberá validar la NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES de la carga de trabajo manualmente.

<u>Tóxicos</u>

Este registro se crea a partir de una indicación médica a enfermería: control de tóxicos.

BÚSQUEDA:

- Censo de ocupación/CCEE/UCIAS → columna de CONTROL DE TÓXICOS (acceso directoal registro) → icono de presencia de OC de indicación médica a enfermería
 → seguridad-control de tóxicos.
- Smart UI → Crear documento → Tipo de documento → Registro de tóxicos.
- Smart UI → Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería → ACT:monitorizar consumo de sustancias durante el tratamiento → Ir al registro.

ESTADO: Guardado

ROL: Enfermería.

IMPRIMIBLE: no

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO: El registro consta de 3 apartados.

(Control de tóxicos) Centro: PARC Episodio: 400079835

Н	abitos Tóxicos								1
P	aciente	0000187052							_ <u>+</u>
Μ	edico Terapeuta	0000013350							
Eŀ	lábitos tóxic	os							
1	ipo hábito	Año detección	Año fin F	recuencia Cons.	Cantidad Cons.	Unidad Cons.	Fecha Cons. Reg		
C	ANNABIS	2000	[DIARI	3	Nº PORROS			
R	egistro del Control								2
	🗋 Crear Regis	tro	Fecha 20.12.	2017	Hora 16:03:47	Motivo	¥ ¥		
A	LCOHOL	~ <u>COC</u>	AINA	✓ OPIACEOS	~				
C	ANNABIS	✓ ANFE	TAMINAS	✓ MDMA	~	OTROS	~		
	bservaciones:							_	
L									
С	ontroles Realizados								
	前 Borrar I	Registro	🔢 Listado Control de	Tóxicos					3
	Registros -	- control de to	óxicos						
E	🛃 Fecha 🍼 Ho	ra Motivo	Tipo Sustanci	ia Resultado	Creado por	Observaciones			
	20.12.20 16	:02:48 Presalida/	Permiso ALCOHOL	Negativo	IRATXE.PEREZ				
		Presalida/	Permiso COCAINA	Negativo	IRATXE.PEREZ				
8_		Presalida/	Permiso ANFETAMINA	S Negativo	IRATXE.PEREZ				
8-		Presalida/	Permiso OPIACEOS	Positivo	IRA TXE.PEREZ				

- 1. HÁBITOS TÓXICOS: sale por defecto el nombre del paciente y el médico referente. Aparece el visor de hábitos tóxicos cumplimentado en la pestaña de HÁBITOS de la información general del paciente (SmartUI).
- 2. REGISTRO DEL CONTROL:
 - Cumplimentar fecha, hora y motivo de control (ingreso, presalida-permiso, postsalida-permiso, aleatorio, evasión, seguimiento).
 - Indicar resultado del control en cada tipo de sustancia estudiada (positivo, negativo, trazas).
 - Escribir en el campo libre de observaciones si es necesario.
 - Dar al botón CREAR REGISTRO.
- 3. CONTROLES REALIZADOS: se genera una línea por cada tipo de sustancia controlada con la información correspondiente (fecha, hora, motivo de control, tipo de sustancia, resultado, empleado, observaciones).

Se pueden imprimir los registros previamente seleccionados en el LISTADO DE CONTROL DE TÓXICOS, accediendo a partir del botón

COI Pacier	ntrol de nte: rosa maria ,	TÓXICOS ZUCEUQROQ DIJ	Parc Sanitari ⊌ Sant Joan de Déu				
Episodio	Terapeuta	Hábito	Fecha	Hora	Motivo	Resultado	Observaciones
400079835		ALCOHOL	20.12.2017	16:02:48	Presa li da/Permiso	Negativo	
400079835 400079835	· –	ALCOHOL COCAINA	20.12.2017	16:02:48 16:02:48	Presa li da/Permiso Presa li da/Permiso	Negativo Negativo	
400079835 400079835 400079835		ALCOHOL COCAINA ANFETAMINAS	20.12.2017 20.12.2017 20.12.2017	16:02:48 16:02:48 16:02:48	Presalida/Permiso Presalida/Permiso Presalida/Permiso	Negativo Negativo Negativo	

REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

ACT: Monitorizar consumo de sustancias durante el tratamiento (código 451021)

Desde el INDICE de SAP del perfil de enfermería y de medicina, hay un LISTADO DE CONTROL DE TÓXICOS con su correspondiente buscador y filtros, que también son imprimibles.



lenú 🔎 🔿 🔚 🛛 🔇 🔇	æ	8 H H	ŧ	111	5	e 😯
Listado de los registros del o	control	de tóxicos.				
Criterios De Selección						
Centro sanitario			а			<u></u>
Episodio			а			<u> </u>
Paciente			а			<u></u>
Terapeuta			а			1
Tipo Habit			а			<u></u>
Resultado			а			<u> </u>
Motivo de control de tóxicos			а			<u></u>
Fecha			а			<u> </u>
Hora	00:00	0:00	а	00:00:00		<u></u>
Observaciones			а			<u> </u>
Anulado			а			

Y extraes un listado que puedes pasar a formato Excel y explotar los datos que interesen

Menú	. (00	0	66		G	E.		÷	Ŧ	Ŧ	7	Σ	⁵ /1	Ø	<u>B</u> x	£	•	N.	"B	h		图	en al	ī	🔒 İm	primir 🕴	HK	201	10	* 8
lis	tado de	e los n	egistros	del o	ontro	l de t	tóxico	S.																								
民口	eSa Epe	odio	Terapeuta	Terapi	auta	1	Pacient	e Pacier	nte			1	r.Hab	Tipo Hab	it Fed	ha	Hora	1	Resul	tado	Result	ado M	otivo M	otivo	C	bs. Crea	do el	Creade por	Modif.e	Modif.por A	Fe.anul	Anulado
P	ARC 400	078682	11039				183969	ISABE	L,U	IZUQDG	LEQV	EPAB C	00002	ALCOHO	L 21.	11.2017	09:2	4:28	P	-	Posith	0 06	5 S	eguimie	nto	21.1	1.2017					
P	ARC 408	078682	11039				183969	ISABE	EL,U	IZUQOG	LEQV	EPAB C	00004	COCAINA	21.3	11.2017	09:2	24:28	N.		Negat	ivo 06	5 S	eguinie	nto	21.1	1.2017			T T		T
P	ARC 400	078682	11039	11.52.560			183969	ISABE	1.,U	NZUQOG	LEQV	EPAB C	00006	OP1ACE0	15 21.3	11.2017	09:2	24:28	N		Negat	NO 66	5 5	eguimie	nto	21.1	1.2017	INVESTIGATION				

Puedes imprimir los datos que selecciones previamente desde el botón IMPRIMIR:

CC Pacie	entrol de ⁻	Tóxicos	5 UT	Г: Sant Joa	n de Déu 1		Parc Sanitari ⊌ Sant Joan de Déu
Episodio	Terapeuta	Hábito	Fecha	Hora	Motivo	Resultado	Observaciones
ļ '	-						
1	_	CANNABIS	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Negativo	
	_	COCAINA	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Trazas	
	_	ANFETAMINAS	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Negativo	
	_	OPIACEOS	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Negativo	
		CANNABIS	27.10.2019	13:23:46	Postsali da/Permiso	Negativo	
	-	COCAINA	27.10.2019	13:23:46	Postsali da/Permiso	Positivo	
Ţ	=	ANFETAMINAS	27.10.2019	13:23:46	Postsalida/Permiso	Negativo	
1	-	OPIACEOS	27.10.2019	13:23:46	Postsali da/Permiso	Negativo	
I	-	CANNABIS	23.10.2019	12:34:30	Seguimiento	Negativo	

Valoración de enfermería

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow Valoración de enfermería.
- Smart UI → Valoración → Valoración de enfermería



ESTADO: liberado

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: no.

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

- Aparece una ventana donde seleccionas (multiselección) las diferentes áreas a las que pertenece el paciente con el objetivo de simplificar los ítems a valorar.
- Existen diferentes valoraciones en función de la unidad organizativa seleccionada:

	Sele	ección unida	id or	rganizativa
₽		Un.org.	Τ	Nom.unidad organizativa
	\checkmark	A-DISINT	AG	Discapacitats Intel·lectuals
	\checkmark	A-SM	AG	Salut Mental
	\checkmark	A-SMC	AG	Salut Mental Comunitaria
	\checkmark	S-CIR	SA	Cirurgia General
	\checkmark	S-COT	SA	Traumatologia i C. Ortopédica
	\checkmark	S-MIN	SA	Medicina Interna
	\checkmark	S-OBS	SA	Obstetricia
	\checkmark	S-PED	SA	Pediatria
	\checkmark	S-URG	SA	Urgències
	1	A-HG	AG	Hospital General PSSJD

- Se abre la valoración con las diferentes pestañas y sus ítems correspondientes. Son 14 pestañas de contenido a valorar, de las 14 necesidades de Virginia Henderson:
 - 1. Respirar
 - 2. Alimentarse e hidratarse.
 - 3. Eliminación.
 - 4. Movilización.
 - 5. Reposo y sueño.
 - 6. Vestirse y desvestirse.
 - 7. Termorregulación.
 - 8. Higiene de la piel.
 - 9. Seguridad.
 - 10. Comunicación.

- 11. Religión, creencias y valores.
- 12. Realizarse.
- 13. Entretenimiento.
- 14. Aprender.

📲 🚽 Val. Enfermeria crear: P.PROVES-COGNOM-1, Status: IN	
PROVES-NOM-NO USAR PROVES-COGNOM-1 PROVES-COGN	VOM-2 (M , 48 años) N.H.C. 1 F.N. 06.01.1968 55 120627445 (110) Determine Martin 08 11 201
Hed.Trot. LAURA, ALTIMIRA Defuncio 14.09.2016	Ep. 120027145 (anticizono) Primera Visita Ob.11.20.
Nacasifal da Vesiar - Nacasifad da simentarea a bidatarea - Elminación - Mar	ultoción Dannen / eugên Vactice / Desuective Termorranubción Uniena de D 🗧
recolute de la contra la recolutar de alimentarise e indracaise estimaticant prov	vizioloni republi y suero vestise i ventoreguiacioni ingene de ta
Tos 🗸 👻 Furnador	*
Test fagerström 0 Capacidad de expectoración	
Traqueotomá 💙 Precisa aspiración	×
Conocimiento y habilidad de	avado nasal (cuid, principal) 👻
Uso de musculatura accesoria	Disnea
Tiraje subcostal	Esfuerzo
□ Tiraje intercostal □ Tiraje retroesternal □ Quejido	Reposo Ortopnea
Iratamento	Ruidos respiratorios
02 Domicilario	Koncus Schlandes
Cumple tratamiento Y Conocimiento regimen terapeutico.	Estertores Estindores
uso aerosolesymnaadores.	Sirtam circultoria
Conocimento regmen terapeucco	
Decelection	Distantiation Distantiation file
00	Dobr prepardal Marcanasos
	Libori historian Linarahasia

- Se cumplimentan los ítems.
- Se guarda y libera la valoración.
- Se va versionando el documento si es necesario en las siguientes revaloraciones.

<u>Visitas</u>

FUNCIÓN: Documentar y gestionar las visitas que ha tenido un paciente durante su ingreso.

BÚSQUEDA: Smart UI \rightarrow Registros de enfermería \rightarrow Registro de visitas

ESTADO: guardado

IMPRIMIBLE: NO

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO: auxiliar de enfermería

REGISTRO:

PRIMER REGISTRO: SmartUI → registro de visitas

REGISTROS POSTERIORES:

- Censo de HOSPITALIZACIÓN → seleccionar paciente → botón LISTADO DE DOCUMENTOS → seleccionar fila del documento → botón MODIFICAR (botonera superior)
- Smart UI del paciente → pestaña de DOCUMENTOS → seleccionar DOCUMENTO → icono MODIFICAR

	Data 13.10.2)17 Hora	09:31:24	Tipus	~	Observacions				📑 Crear
	🔁 Esborra re	egistre								
a del documento rio creador pecha isquierda	Torn Hora D	a Tipus Observ	/acions Usuari	/ Data						
a del documento ario creador Fecha 13.10.2017										
Canvis Formatos de párrafo alneado a izquierda V Formatos caracteres V 6à a del documento rio creador Fecha 13.10.2017										
Canvis Formatos de párrafo almeado a izquierda V Formatos caracteres V 68 V 68 V 68 V 68 V 68 V 68 V 68 V 68										
Canvis Formatos de párrafo *Párrafo alineado a izquierda × Formatos caracteres × 6à del documento to creador Fecha 13.10.2017										
Canvis Formatos de párrafo «Párrafo almeado a izquierda » Formatos caracteres » éà del documento to creador Pecha 13.10.2017										
Canvis Formatos de párrafo alineado a izquierda V Formatos caracteres										
Canvis Formatos de párrafo *Párrafo alineado a izquierda × Formatos caracteres × ôà x x al del documento rio creador Fecha 13.10.2017										
Canvis Formatos de párrafo "Párrafo alineado a izquierda " Formatos caracteres "										
Canvis Formatos de párrafo * Párrafo alineado a izquierda * Formatos caracteres x										
a del documento rio creador Fecha 13.10.2017										
1 del documento no creador Fecha 13.10.2017	Canvis Form	iatos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	For	matos caracteres		v [68	
a del documento ario creador Fecha 13.10.2017	. Canvis Form	atos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	a ♥ For	matos caracteres		 Image: A state of the state of	ŝô	
s del documento rio creador Fecha 13.10.2017	. Canvis Form	iatos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	a 🗸 For	matos caracteres		× [âà	
a del documento rio creador Fecha 13.10.2017	. Canvis Form	iatos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	s V For	matos caracteres		•	6à	
a del documento ario creador Fecha 13.10.2017	I. Canvis Form	natos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	a V For	matos caracteres	[× [68	
a del documento ario creador Fecha 13.10.2017	I. Canvis Form	natos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	s V For	matos caracteres		× [ŝŝ	
ario creador Fecha 13.10.2017	. Canvis Form	natos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	a v For	matos caracteres		V X X	ŝà	
	3. Canvis Form	natos de párrafo	* Párrafo alir	neado a izquierda	a V For	matos caracteres		× [<u>68</u>	

Cumplimentar:

- 1. Fecha y hora (actual por defecto, pero modificable)
- 2. Tipo: padre, madre, hijos, abuelos, cónyuge, hermanos, nietos, amigos, otros.
- 3. Observaciones: campo libre



- 4. Botón CREAR 🔁 Crear
- 5. Es posible BORRAR REGISTRO seleccionando la fila del mismo generada.

🖥 Esborra registre

Se van generando líneas a partir de cada registro. En la caja inferior se pueden ver los movimientos/cambios.

	E, E	sborra	a registre			
₽	Torn	Hora	Dia	Tipus	Observacions	Usuari
	М	09	13.10.2017	Mare	Buena acogida, desyunan juntos	IRATX
	М	09	12.10.2017	Mare	Más animado con la visita de la madre	IRATX
	М	09	11.10.2017	Pare	intranguilo durante la visita, proponemos que venga su madre mañana	IRATX

REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERIA:

Es necesario añadir en carga de trabajo de enfermería la NIC: FACILITAR VISITAS (COD 7560)

NOTA: Pendiente de automatismo que genere NIC en carga de trabajo de manera automática al guardar registro.



Informes de Enfermería

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Informe asistencial 1

El informe asistencial1 es un informe qué únicamente recupera los datos maestros del paciente y tienes un campo libre para escribir. No hay una indicación concreta para generarlo.

BÚSQUEDA: SmartUI \rightarrow Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow informe asistencial 1

ESTADO: liberado.

IMPRIMIBLE: sí.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO:

Es un documento con datos del paciente y firma del profesional con un campo libre para escribir.

- 1. FECHA: se vuelca por defecto la actual.
- 2. HORA: se vuelca por defecto la actual.
- 3. PROFESIONALES: se vuelcan por defecto los datos del profesional que abre el registro, pero se pueden añadir más en diferentes filas.
- 4. INFORME DE ASISTENCIA: campo libre.
- 5. FIRMA: se vuelcan por defecto los datos del profesional que abre el registro.

				212			
Data Informe	25,10,2017	Hora Info	16145128				
rofesionals							
Código en	Nombre profesional		Número cole	Categoria profesional	10		
12787	TREZ PINEDO, IRATX	E	08554713	ENF	10		
34	-						
	-			1			
E.m. Frank							
monne o assa	Bata alta: 20.10.2017			lafermoria de rol	wróncia		
				ANTO, NEUS			105
	Beati: CSUB						
	Beatl: CSUB Centre Emisor: Parc Sar	itari Sant Joan De Déu		Infermenta respo	nsable a l'alta:		-
	Beatl: CS38 Centre Emisor: Parc San Tel, de Contacto: 93940	itari Sant Joan De Déu 6360		ANTO, NEUS	nsable a l'alta		
	Beati: CSUB Centre Emisor: Parc San Tel. de Contactor 50540	ntari Sant Joan De Déu 6360		ANTO, NEUS	nsable a l'alta.		-
	Beati: CSUB Centre Emisor: Parc San Tel, de Contacto: 50540	ntari Santi Joan De Déu eseo		Informatia respo ANTO, NEUS	nsable a l'alta:		
	Desti: CSUB Centre Emisor: Parc San Tel, de Contacto: 50540	itan Sant Joan De Déu esso		Informeria respo ANTO, NEUS	nsable a l'alta:		-
	Deatl: CSUB Centre Emisor: Parc San Tel. de Contecto: 50540	itan Sati Joan De Dév esso		Intermenta respo ANTO, NEUS	nsable a l'alta		
irma dei docur	Beatl: CSUB Gentre Emisor: Parc San Tel. de Contecto: sosso nento	utari Sast Joan De Déu esso	2	Informatia respo ANTO NEUS	nsable a l'alta:		-
Firma del docur	Beatl: CSUB Gentre Emisor: Parc San Tel. de Contactor sonso nento	nten Sast Joan De Die. 6350		Informerfa respo	nsable a l'alta	Fecha	25.10.2017

Visualización de impresión:

nen en nocimiente a contensen en	Informe Asistencia
	NHC:
Sexo: Mujer Fecha inacimiento: 16/10/1963	CIP:
DNI: 05099001J	Aseguradora: SERVEL CATALA SALUT ,
Teléfonn: 611437668	Servicin: Garat
Dirección: CR DE MALLORCA, 27 2 1	
Población: 08800 VLANOVA I LA GELTRÚ	
Provincia: Barcelona (España)	
Informe asistencial An Dra. Cubullo Hay ha sourido la pociente a visite a perquastria f Natureames et tratamiento pelofarmacológico de San Camil Sarudos concletes.	al y come acerdamos. pero recomendatianos valerar delivación a psiconcologí

Informe asistencial 2

El informe asistencial2 es un informe qué recupera los datos de la atención del paciente, siempre modificables. No hay una indicación concreta para generarlo.

BÚSQUEDA: SmartUI \rightarrow Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow informe asistencial 2

ESTADO: liberado.

IMPRIMIBLE: sí.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO:

Es similar al informe asistencial 1, pero con la opción del volcado de información previa registrada.

- 1. FIRMA DEL DOCUMENTO: sale la información del profesional que abre el registro de forma automática.
- 2. Hay una serie de ítems que puedes cumplimentar como campo libre o volcar mediante el icono de refrescar.
- 6

- MOTIVO DE CONSULTA
- ANTECEDENTES
- ANTECEDENTES VITALES/PSICOBIOGRAFÍA
- o EXPLORACIÓN AL INGRESO
- EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
- RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- RESUMEN LABORATORIO
- EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS
- **PROCEDIMIENTO**
- o DIÁGNOSTICO PRINCIPAL
- OTROS DIAGNÓSTICOS
- o FÁRMACOS
- RECOMENDACIONES
- OTRAS RECOMENDACIONES

Hermin enander				Eacha	
Usuano Creador		-		recha	25.10.2017
38710				HOLH	10.03.11
Notino consulta		Profesionales			
Antecedentes	8		Código em Nombre profesional	Nàme	ro cole Categ prof.
Antecedentes vitales/psicobiografía					
Historia Enformedad Actual	2				
Exploración al ingreso	2				
Valuación psicológica	2				
tesumen pruebas complem					
Resumen laboratorio	8				
Evolución y comantarios	2				
Procedimiento					
Diagnéstico principal	2				
Dtros Diagnósticos					
Fármacos	2				
	and the second se				

Visualización de impresión:

M	otiu consulta
	Paciente derivado por su Médico de Atención Primaria por referir clínica ansioso depresiva de unos meses de evolución que
ini	cia seguimiento en nuestro centro en mayo de 2017.
Ar	ntecedents
H	làbits
-	2011 ; tabaco ; diari
٨	\l-lèrgies
	ibuprofeno
	penicilina-ben eta mina
	metamizol
A	Antecedents Mèdics
	2015 ; diabetis mellitus ii
	2014 ; bronquièctasi sense exacerbació aguda
	2012 ; cardiopatia isquemica
	2012 ; emfisema
	2012 ; esteatosi hepatica
	2010 ; hiperipidèmia mixta
	2003 ; hipertensió essencial benigna
A	Antecedents Psiquiàtrics
	2015 ; trast adaptatiu- mixte, amb ansietat i estat d'anim depressiu- agut.
	Comentario: Acudió al CSMA realizando una primera visita de valoración con abandono posterior
Hi	stòria malaltia actual
	El paciente refiere, desde hace 5-6 m y sin desencadenante aparente, empeoramiento del estado de ánimo con tristeza, apatia
an	ihedonia, dificultades paramantener la atención y concentrarse, sensación de estar despistado en el trabajo. Derivado a
ne	surologia por referir también cefaleas y sensación de mareo e inestabilidad, se orienta como de origen ansioso, iniciando sertralina
10	U mg/dia en febrero 2017.
EV	volucio y comentaris
Se	e realizo cambio de antidepresivo sustituyendo sertralina por venlataxina hasta 150mg/dia y se anadio trazodona para mejorar e
Sar	rria,13-15 csmgava@pssjd.org pssjd@pssjd.org www.pssid.org
08	850 Gavà (Barcebna) - Tel. 938625152 Pagina 1 de 1
	Informe Assistencia
RIAN	NO CARRILLO MARTINEZ NHC: 1162494

descanso nocturno. Presenta parcial mejoría de la sintomatología que motivó su derivación persistiendo en este momento mal descanso nocturno. Por tal motivo, en la última visita realizada se sustituye trazodona por lormetazepam 2mg. * Este es un informe clínico que se emite a demanda del paciente. No tiene validez pericial ni admite uso judicial. Diagnòstic principal: TRASTORN DEPRESSIU NO CLASSIFICAT A CAPALTRE LLOC

Profesionals a l'alta

Data document: 24.10.2017

Data impressió: 25.10.2017

Informe de continuidad de cuidados

El Informe de Continuidad de Cuidados es el informe de alta enfermero de los episodios de hospitalización o ambulatorios con seguimiento. Recupera datos de todo el proceso asistencial y garantiza la continuidad de los cuidados porque detalla el plan de cuidados activo. La indicación para generarlo es al alta o en traslados desde episodios de hospitalización o ambulatorios con seguimiento.

BÚSQUEDA:

- SmartUI → Proceso de Alta → Informe de Continuidad de Cuidados
- SmartUI \rightarrow Documentos clínicos \rightarrow Informe de Continuidad de Cuidados
- Crear documento → Tipo de documento → Informe de Continuidad de Cuidados

ESTADO: Liberado al alta.

ROL: Enfermería.

IMPRIMIBLE: Sí.





CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

- 1. CUIDADOR PRINCIPAL: campo volcado de datos familiares (datos maestros del paciente)
- 2. FECHA DE INGRESO: información volcada.
- 3. PROCEDENCIA: información volcada.
- 4. **DIAGNOSTICO PRINCIPAL**: información volcada.

- 5. ANTECEDENTES: información volcada.
- 6. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: información volcada.
- 7. **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**: Información volcada de Plan de Cuidados (PC) (NANDAs activos con sus NOCs, indicadores (puntuación diana, Indicador Inicial e Indicador Basal, NICs con sus ciclos; Problemas de Colaboración; NANDAs resueltos con sus NOCs e indicadores)
- 8. ESCALAS: información volcada.
- 9. SIGNOS VITALES: Información volcada; últimos valores de cada tipo
- 10. COMENTARIOS: información volcada. Ultima nota de enfermería en el curso clínico
- 11. **HERIDAS**: información volcada del registro de heridas (tipo, localización, fecha de aparición, materiales de curas, ciclo de cura)
- 12. DIETA: información volcada del registro de dietas.
- 13. ELIMINACION: información volcada del registro de ingesta/eliminación (última deposición y diuresis registrada)
- 14. VÍAS Y CATÉTERES: información volcada del registro de vías (vías activas)
- 15. **MEDICACIÓN ADMINISTRADA**: información volcada de la carga de trabajo de enfermería, últimos eventos de medicación firmados en las 12 horas anteriores.
- 16. ENFERMERO DE REFERENCIA: campo libre.
- 17. ENFERMERO RESPONSABLE: campo libre.
- 18. MOTIVO DE ALTA: información volcada.
- 19. **FECHA DE ALTA**: campo libre.
- 20. DESTINO: campo libre.
- 21. TELÉFONO DE CONTACTO: teléfono del hospital por defecto.
- 22. **CENTRO EMISOR**: "PSSJD" por defecto.

Toda la información volcada es editable previa liberación del documento.

SJD Hospital de So	ant Boi	ę	
Servei Medicina Interna		Informe de conti	nuïtat de cures
	b	NHC+ 153280	
Sexe: Mujer Data de naixement: DNI: 7 NASS Telèfon: Direcció Població: 08830 - SANT BOI DE LL Província: Barcelona (Espanya)	OBREGAT	CIP: Data/Hora ingrés: 14/09/2021 - 00:131 Data/Hora alta: 17/09/2021 - 14:17h Asseguradora: SERVEI CATALA SAL Número episodi:400751335 Servei: Medicina Interna Unidat E:H-7A Cuidador/a: GERMA Teléfono cuidador:	n UT,
Procedència: HOSPITAL PROPIS	Sant Boi de Llobregat		
Diagnòstic			
PIELONEFRITIS AGUDA			
Antecedents:			
Immunitzacions			
12.03.2021 ; Vacuna contra COV 19.02.2021 ; Vacuna contra COV	/ID-19 ARNm [BioNTech / Pfize /ID-19 ARNm [BioNTech / Pfize	ər]; 2a dosis ; lote ER7812 ər]; 1a dosis ; lote EP9598	
Al-lèrgies			
No existen alergias medicamento	osas conocidas		
Pla de cures d'infermeria:			
P. Colaboración (Básico Hospitali	zación)		
- NIC: Intervenciones de Enferme	ria		
6610 - Identificación de riesgos	(Cada 8 horas (08-16-24))		
6574 - Identificación del paciente 6482 - Maneio ambiental: confo	e (Cada o noras (00-10-24))		
6650 - Vigilancia (Tto, farmacolo	boico) (Cada 8 horas (inicio 08	((MA 00:	
430 - Control intestinal (Cada 8	horas (inicio 08:00 AM))		
590 - Manejo de la eliminación u	urinaria		
6680 - Monitorización de los sig	nos vitales (Cada 8 horas (inici	io 08:00 AM))	
Déficit de autocuidado: Baño			
- NANDA: Diagnósticos de Enfer	mería		
00108 - Déficit de autocuidado:	baño*		
- NOC: Objetivos			
313 - Nivel de autocuidado			
Cami Vell de la Colónia 25		pssjd@pssjd.org	

SJD Sant Joan de Hospital de S	Déu ant Boi	eth-	
Servei Medicina Interna		Informe de continu	uïtat de cures
		NHC: MILLION	
Indicador Se	e baña:		
Primera eva	luación: Gravemente comprometido,	16/09/2021, 09:48	
- NIC: Intervenciones de Enferm	eria		
1610 - Baño (Cada 24 horas (i	nicio 08:00))		
Cateter endovenoso periférico			
- NIC: Intervenciones de Enferm	eria		
4200 - Terapia Intravenosa (i.v.)		
Déficit de autocuidado: Alimenta	ción		
- NANDA: Diagnósticos de Enfer	meria		
00102 - Déficit de autocuidado:	alimentación		
- NOC: Objetivos			
313 - Nivel de autocuidado			
Indicador Se	e alimenta:		
Primera eva	luación: Gravemente comprometido,	16/09/2021, 09:48	
- NIC: Intervenciones de Enferm	eria		
1050 - Alimentación (Desayun	o-Comida-Cena(8:30,13:30 y 19:30)	1	
Movilización física			
Riesgo de deterioro de la integrid	lad cutánea		
- NANDA: Diagnósticos de Enfer	rmeria		
47 - Riesgo de deterioro de la i	ntegridad cutánea		
- NOC: Objetivos			
1101 - Integridad tisular: piel y	membranas mucosas		
Indicador Int	tegridad de la piel:		
Primera eva	luación: Moderadamente compromet	ido, 16/09/2021, 09:54	
- NIC: Intervenciones de Enferm	eria		
3500 - Manejo de presiones			
3590 - Vigilancia de la piel 3540 - Prevención de úlceras p	or presión (Cada 8 horas (07-15-23))	
Escales			
ESCALA DE BARTHEL - Resultado	: 0 - Dependiente total - Fecha: 14	09/2021 05:13	
Camí Vell de la Colónia 25		pssjd@pssjd.org	
08830 Sant Boi de Llobregat	Tel.: 936615208	www.pssjd.org	Pàgina 2 de 4





Tel.: 936615208

www.pssjd.org

Pàgina 4 de 4
Informe de traslado de enfermería para servicios ambulatorios.

El Informe de Traslado de enfermería está indicado en procesos ambulatorios como informe de altao traslado.

En servicios como UCIAS, Hospital de Día, incluso UCSI... si el paciente de traslada a otro centro, enfermería ha de generarlo. En él, se integra de forma automática lo registrado durante la atención (episodio actual), todos los campos son modificables:

- Datos maestros del paciente: Información volcada
- Diagnóstico médico principal: Información volcada
- Antecedentes (alergias, médico-quirúrgicas): Información volcada
- Escalas: Información volcada
- Vías y catéteres: información volcada del registro de vías (vías activas)
- Signos vitales: Información volcada; últimos valores de cada tipo
- NICs realizadas: Todas las NICs validadas de las últimas 12 horas
- **Medicación administrada:** información volcada de la carga de trabajo de enfermería, últimos eventos de medicación firmados en las 12 horas anteriores.
- Última nota de evolución de enfermería: información volcada. Ultima nota de enfermería en el curso clínico
- **Profesional al alta:** información volcada del día de generación del documento, pero se puede variar
- Firmado por: información volcada del día de generación del documento, pero se puede variar
- Fecha alta: información volcada del día de generación del documento, pero se puede variar

Toda la información volcada es editable previa liberación del documento

Creación del documento en HCI-SAP:

1. Crear documento





2. Enlace directo en Smart UI (perfil enfermero):

Se creará en las acciones frecuentes del SmartUI un enlace directo desde el perfil enfermero en el apartado del Proceso de Alta.





Informe pre-alt

El informe preALT es un informe que se genera cuando un paciente hospitalizado que cumple los criterios pre-ALT (ver protocolo PSSJD) tiene un alta planificada. Recupera datos de la atención del paciente y garantiza el mantenimiento de unos cuidados concretos y el aviso a Atención Primaria de dicha necesidad.

BÚSQUEDA:

- Smart UI \rightarrow Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow Informe pre-alt.
- Smart UI \rightarrow Documentos clínicos \rightarrow Informe pre-alt



ESTADO: guardado hasta fin de cumplimentación. LIBERADO para que vuelque en HC3.

ROL: enfermería. IMPRIMIBLE: sí

Jata prevista d'alta									
Jestinació diferent a domicili pacient		Alta	a a residencia		Centre derivació				
Fé cuidador principal?	No	✓ Cui	dador principal - N	om					
		Cui	dador principal - Pa	arentesc/r	elació				
		Cui	dador principal - T	elèfon					
Diagnòstic principal somàtic	736.42 GENOLL VAR (ADQUIRIT)			Barthel inicial	-	🍃 Crear Barthel	Barthel PREALT	35
🕅 🔲 Diagnòstic principal						TMS	Si 🔲 No		
Diagnòstics secundaris				Equ	uip de destinació				
K > NECESSITAT DE CURES			< >		DUS				~
			~						~
hand									, lī
Cures			< >	Altres I	Motius Formato	os de pár	rafo * Párrafo justifio	ado 👻 For	mat 🛄

Continuitat de	e cures inferr	meria	Formatos de párrafo	* Párrafo justificado	✓ Form	matos caracteres	``````````````````````````````````````	/	
			×					^	
			•						
PROFESSION	IALS REFERE	NTS							
Codi metre	14101	Nom metge	SAEZ AGUAYO, IGNACIO		Inferr	mer/a PEREZ	PINEDO, IRATXE		

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

- 1. FECHA PREVISTA DE ALTA: campo calendario.
- 2. DESTINACIÓN: domicilio, residencia, centro de derivación.
- 3. CUIDADOR PRINCIPAL: No, Sí. La información sobre el cuidador principal se vuelca de forma automática desde Información General del paciente si está cumplimentado (se vuelca siempre que haya introducido mínimo un teléfono).
- 4. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SOMÁTICO: es necesario que esté codificado y vuelca desde "tratar diagnósticos" (cumplimentado por el médico). Sin el diagnóstico codificado, no se podrá liberar el documento, y por tanto no quedará colgado en HC3 para que lo visualicen en Atención Primaria.
- 5. SM: check. DIÁGNOSTICO PRINCIPAL SM (codificado)
- 6. BARTHEL: es necesario tener pasado la escala Barthel (acceso directo desde el propio documento).
- 7. TIPO DE PREALT: PCC, MACA, paciente frágil, supervisión de tratamientos, criterios de Salud Mental, cuidados de final de vida, CMA (cirugía de mama).
- 8. NECESIDAD DE CUIDADOS: curas UPP/vascular, herida quirúrgica, drenajes, ostomías, sonda vesical, SNG, PEG, autocuidados.
- 9. ESCALA PFEIFFER: el resultado se vuelca si la escala está cumplimentada en escalas. No es un dato obligatorio para liberar el documento.
- 10. OTROS MOTIVOS: campo libre.
- 11. VIVE SOLO: sí, no.
- 12. ESTADO COGNITIVO: orientado, desorientado, no valorable.
- 13. MOVILIDAD: inmovilidad, muy limitada, ligeramente limitada, total.
- 14. INSULINODEPENDIENTE: check.
- 15. OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO: check.
- 16. VMNI EN DOMICILIO: check.
- 17. PRIORIZACIÓN DEL CONTACTO EN 24 H: check.
- 18. CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: campo libre.
- 19. PROFESIONALES REFERENTES: médico, enfermera (modificable)

Al liberar documento se genera de forma automática un email a Atención Primaria (AP) informando de que el paciente tiene prevista un alta hospitalaria.

Más tarde, el personal de AP tiene acceso desde HC3 al informe (siempre y cuando esté bien cumplimentado y liberado).

i		ł
	~	9

Parc Sanitari 👹 Sant Joan de Déu	di La	n Brekkriver Bachele
Servei Pneumologia	Comunicació de Pr	ealt
Data prevista alta: 25/10/2017		
Diagnòstic:		
491.20_3 MPOC AMB BRONQUITIS CRONICA		
Motius:		
P.C.C.		
Continuïtat de cures infermería:		
Pacient que viu al domicii amb la seva esposa i un fill, en te o Parcialment depenent per les ABVD, molt limitat per dispre durant l'ingrès, actualment OCD les 24 hores Dificultats per l'afrontament de la seva malaltia, esta en s contacte però el pacient va voler repensar/postposar -lo Alta prevista des d'hospitalització domiciliària, coneix telef 7x	dos mes. sa Usuari de Cpap s'han modificat para seguiment per equip EAPS que va 24	imetre: intenta
Cuidador: Montserrat de Sau Nicolàs(esposa) Parentesc: PARELLA Teléfon: 936547773-687758544		
Barthel inicial: - Barthel PREALT: 70 Estat cognitiu: Orientat Mobilitat: Lleugerament limitada		



Gestión Clínica enfermera

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Curso clínico

Este registro se genera cuando es necesario anotar información en el evolutivo del paciente.

BÚSQUEDA:

Smart UI → Nota de evolución → Registrar la entrada de evolución.



Smart UI → Pestaña de Informe de evolución → Crear



ESTADO: guardado.

ROL: enfermería/ auxiliar.

IMPRIMIBLE: no.

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

El registro contiene una caja de texto libre donde escribir la información. Automáticamente SAP firma dicha entrada en el curso con el nombre y grupo profesional del usuario que tiene abierta la sesión.

Entrada de evolució	n				
Fecha	11.10.2019	Hora	09:53	Empleado resp.	 PEDER DIVERSION TO A TO C
Gpo.prof.	Enfermería		~	Categoría	
Prueba de nota d	e evolución				

Visualización del registro en el Smart UI

$\overline{\bullet}$	📴 Signos vitales	🖧 Valores de laboratorio	Informe de evolución
m Prue	♣ 11.10.2019 / 08:47 ba de nota de evolución	- Enferm	ería

Existe la posibilidad de filtrar el evolutivo de un paciente a través de este botón en el propio SmartUI.



Aparecen todos los filtros posibles y un último botón de anular los filtros:



- Grupo profesional: enfermería, médico, nutricionista...
- Unidad organizativa: UCIAS, Farmacia, Pediatría, H7A
- Categoría: tipo de nota (escalas, interconsultas, anamnesis...)
- Asignación: nombre de NIC o actividad
- Empleado responsable: por nombre y apellidos

Existe la posibilidad de leer el evolutivo por unidad de hospitalización a través del listado de ANOTACIONES NOTAS DE EVOLUCIÓN. Se encuentra en el índice de SAP.

Visualización del índice de SAP.



Filtros posibles:

- Número de HC del paciente.
- Servicio médico.
- Unidad de enfermería.
- Cama del paciente.
- Categoría de la nota.
- Grupo profesional.
- Fecha.
- Hora.

Si no se cumplimentan filtros, aparece todo el contenido.

Visualización de filtros en el listado de ANOTACIONES INFORMES DE EVOLUCIÓN.

		Contraction (Contraction)		
anotaciones informes de e	evolucion			
pciones de selección	10			
Número de HC del paciente	িিিি	а		<u> </u>
Servicio médico		а		<u>_</u>
Unidad de enfermería	H-5A			
Cama		а		
Categoría de la nota		đ		
Grupo profesional	AUX	đ		
Fecha	10.10.2019	а	11.10.2019	
Hora	14:00:00	2	06:59:59	

Visualización del documento IMPRIMIBLE que genera el listado de ANOTACIONES INFORMES DE EVOLUCIÓN.

Paciente:			
10/10/2019 16:59	- Auxiliar enfermería		
Episodio: Crosservan	Uo que documenta: S-OBS/H-5A	Categoría:	
	Tipo episodio: Hospitalización H.G.	Ubicación: H-510/H-510A	
Miccion espontanea			
Paciente:			
11/10/2019 06:32	. uxiliar enfermería		
Episodio:	Uo que documenta: S-PED/H-5A	Categoría:	
	Tipo episodio: Hospitaliz.niño sano H.G	Ubicación: H-502/H502BR01	
Realizamos DP a las 06:15h.			
Paciente: 1			
11/10/2019 04:03	- Auxiliar enfermería	703)	
Episodio:	Uo que documenta: S-PED/H-5A	Categoría:	
	Tipo episodio: Hospitaliz niño sano H.G	Ubicación: H-508/H508BR01	

Fuga de paciente

La fuga del paciente se gestiona en SAP como un permiso.

Existe el "Protocolo de ausencia no justificada de un paciente en el PSSJD", donde se explica el circuito.

Cuando un paciente se fuga hay que realizar los siguientes pasos:

- 1. Crear PERMISO DE FUGA DEL PACIENTE
- Seleccionar paciente en el CENSO DE HOSPITALIZACIÓN → botón PERMISO → I. fuga paciente → registrar día/hora → estatus REAL del inicio de fuga.
- Fin de permiso: 31.12.9999 porque es desconocido, 24:00h, estatus PLANIFICADO.
- En el censo de hospitalización aparece el icono de que el paciente está de permiso en la columna de PERMISO, y se refleja en la columna de CLASE DE MOVIMIENTO que es un inicio de fuga.



Cl.permiso		1	emisos Cl.movimien
1111 Inicio per.	11.10.2017 (+) Hora 08:02:41 Status Real V		en v. Gana
Fin permiso	31.12.9999 (+) Hora 24:00:00 Status Plan V		
Clase regreso	F. Fuga Pacient 🗸		Th P. Gene
<u>Observación</u>	🔁 🗌 Ausencia autorizada		
Medicación			Fin P. Gene
Suspende med	icación	51	Traslado Se
			Traslado U.A
Medicos de tratar	hento	235	1000

2. Crear **DOCUMENTO** de NOTIFICACIÓN DE PERSONA DESAPARECDIA.

BÚSQUEDA: Crear documento \rightarrow Tipo de documento \rightarrow **NOTIFICACIÓN DE PERSONA DESAPARECIDA.**

ESTADO: guardado (estatus inicial DESAPARECIDO). NO se libera con fecha 31.12.9999.

IMPRIMIBLE: sí.

ROL: enfermería.

CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

- 1. Apartado DENUNCIANTE: aparece por defecto nuestro usuario, es necesario cumplimentar fecha y hora de desaparición. Fecha y hora de aparición dejar en blanco.
- 2. Apartado PACIENTE: aparece información volcada de datos maestros del paciente.
- 3. Apartado TIPO DE INGRESO: datos volcados y campos a cumplimentar.
- 4. Apartado DESCRIPCIÓN: campos a cumplimentar.
- 5. Apartado OTRAS CARACTERÍSTICAS: campo libre.

Dades del denunciar Sr/a de la Colònia 25 08830 de	nt				
Dades del denunciar Sr/a de la Colònia 25 08830 te	nt				
Sr/a de la Colònia 25 08830 te		00 6.0	We had seen model together		
de la Colònia 25 08830 te		categoria pro	fessional Infermer/a en Parc	Sanitari S	Sant Joan de Déu, domicili Camí Ve
	elèfon 9366152	208.			
Poso en el seu coneixen	nent que en da	ata 10.10.2017 i	des de les 13:00:00 hores,	s'ha de	tectat l'absència de la persona sota
esmentada i que presenta	les característi	iques que es res	senyen.		
Dades de la persona	desapareg	uda			
1er Cognom	2on cog	gnom l	Nom		Nascut el 10.03.1992
	Pare		Mare		
UNI/Passaport: 36034370	V	Domicili C	R JACA, 10 CASAA		TILL
LIOC SANT VICENÇ DELS	HORIS	Provincia	Barcelona		1eleion 664700904
Tipus d'ingrés					
Jutjat que instrueix les d	iligències				
Procediment i número					
És reincident? Sí					
Està incapacitat ? No val	orado				
Nom i cognoms del Tuto	r/Cuidador pe	pe			
Telèfon 666666666					
Descripció					
Sexe: Mujer	Та	alla: 160 cm	Р	es:	60,000 Kg
Color i aspecte del cabe	lt morena				
Complexió: Delgado		Vestit: car	niseta y pantalon negro		
Ulleres: Sí					
Etnia:					
Es preveuen accions viol	entes? No va	lorado			
Altres característiques					
Paciente con permisos di	arios de salida	acompañada dur	ante la mañana (de 9 a 12am) que no	regresa al centro.
			Sant I	Boi de Ll	obregat, 11 de/d'Octubre del 2017

Tras GUARDAR, en el SmartUI aparece el estatus DESAPARECIDO.

Acciones	Fecha .	Status	Descripción	Unidad organizativa de documentación	Empleado responsable	Episodio	Versión doc.	
20 2 4 A	11.10.2017	Aparecido	Notificación de persona desaparecida	Gine	PEREZ PINEDO, IRATXE	400006811	00	

El documento creado se envía por correo electrónico con copia a admisiones de SM a los Mossos d'Esquadra y en algunos casos se acompaña de llamada telefónica (ver protocolo).

El documento tiene que estar encriptado:

- Se pasa a formato PDF Creator desde la opción imprimir y se guarda.
- Se selecciona el archivo y desde el botón derecho seleccionamos: 7-ZIP + ADD TO ARCHIVE.

	Abrir con Adobe Reader 9				
-	Abrir				
	Imprimir	- 1 ²			
	7-Zip	*	Add to archive		
	Scan for Viruses		Compress and email		
	Abrir con		Add to "Ejemplo.7z"		
	Restaurar versiones anteriores		Compress to "Ejemplo.7z" and email		

- En la pantalla que aparece indicaremos:
 - a) El nombre del archivo tendrá el formato:
 - ✓ AÑO MES DÍA DESAPARICIO INICIALES PERSONA DESAPARECIDA
 - ✓ AÑO MES DÍA CESSACIÓ INICIALES PERSONA APARECIDA
 - b) Tipo de archivo: "ZIP"
 - c) El password fijado: PSEV2019
 - d) Click en OK y tendremos el archivo encriptado

IV.U.				
nplo zip				•
ive format	zip	•	Update mode:	
anna a la starat			Add and replace files	
pression level	ryomai		Options	
pression method:	Deflate	•	Create SFX archive	
onary size:	32 KB	•	Compress shared files	
d size:	32	•	Encryption	
1 Block size:		-	Enter password.	

ber of CPU threads	4 🔹	/4	Reenter password	
norv usage for Compressing		131 MB	******	
norv usage for Decompressing		2 MB	Phone Deserved	
ing angle of eccerptions			Conow Password	2.0
to volumes, bytes:			Encryption method.	ziperypio ·
meters:				
rory usage for Decompressing to volumes, bytes: imeters:		2 MB	Encryption method:	ZipCrypto

Si el paciente aparece, se debe abrir el mismo documento, cumplimentar la fecha de aparición y LIBERAR EL DOCUMENTO. Automáticamente se crea el documento de CESSACIO DE LA DESAPARICIÓ.

i ai ci Jai	nitari 😻 Sai	nt Joan de I	Déu		
				CESSA	CIO DE LA DESAPARICIÓ
BI		i.		NHC: 4	
Dades del c	comunicant				
D. IR de la Colònia 2	5 de Sant Boide LI	categoria p obregat telèfon 9366	rofesional Enferme	ra/o en Parc Sanita	riSant Joan de <mark>Déu, domicili Cam</mark> í Vel
Poso en el sei	u coneixement l'apa	rició de la persona s	ota esmentada, de	la que vam notifica	r la desaparició a l'Oficina d'Atenció a
Ciutadà amb d	ata <mark>11.10.2017</mark> .				
1er Cognom		2on Cognom	L	Nom	TANIA
Nascut el	10.03.1992	Lloc		Província	Barcelona
Pare		Mare		DNI/Passapo	ort 3
Domicili	CR JACA, 10 CA	SAA Telèfon	664700904	Lloc	SANTVICEN
Provincia 2	Barcelona				
Situació Judio	cial				
	trueix les diligènci	es			
Jutjat que inst	i número				
Jutjat que ins Procedimient				Sant Boi	de Llobregat a 11 de Octubre de 2017
Jutjat que insi Procedimient					
Jutjat que inst Procedimient Número i siona	tura del funcionari.				

En el SmartUI aparece el estatus APARECIDO.

0	🧟 Órdenes Clínic	as 📔	Diagnósticos	Documentos						
	Acciones	Fecha =	Status	Descripción	Unidad organizativa de docum		able	Episodio	Versión doc	
	1 2 2 1	11 10 2017	Desparecido	Notificación de persona desaparecida	Gine	PEREZ PINEDO, I	BATXE	400006811	00	

Es necesario volver al **PERMISO DE FUGA DEL PACIENTE** e indicar que finaliza permiso:

○ Seleccionar paciente en el CENSO DE HOSPITALIZACIÓN → botón LISTA DE EPISODIOS → seleccionar movimiento FIN DE PERMISO



LU.	6	400078682	- HC Hospi	talizado Ing.	Urgente	20.10.2017		SERVEI CATALA SALUT(CO1)
	Admisión	IA 20.10	.17 11:57	URG	URG	UOU	OBS64	
	Traslado	TS 20.10	.17 12:00	Minterna	Urg. MIN	UOU	OBS64	
	Prueba Lai	b 20.10	.17 15:24	Laboratori	Laboratori			
	Traslado	TU 21.10	.17 04:29	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
	Traslado	TM 23.10	.17 08:20	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
	Inicio per	rmiso FP 08.11	.17 13:39	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
	Fin permis	so PF 31.12	.99 24:00 P	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
		Datos del permis	0					
		Cl.permiso	I. Fuga pa	cient 🗸				
		Inicio per.	08.11.20	17	🕒 Hora	13:39:26	St	atus Real 🗸
		Fin permiso	08.11.20	17	🕒 Hora	13:43:00	St	atus Real 🗸
		Clase regreso	F. Fuga Pa	icient 🗸				
		Observación						Ausencia autorizada

- Registrar día/hora de fin de permiso.
- o Estatus: REAL
- En el censo de hospitalización desaparece el icono de que el paciente está de permiso en la columna de PERMISO, y se refleja en la columna de CLASE DE MOVIMIENTO que ha sido un fin de fuga.

Interconsulta

BÚSQUEDA: SmartUI → Gestión de interconsultas

ESTADO: creada

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: no.

CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

- 1. UNIDAD ORGANIZATIVA: buscador (campo obligatorio).
- 2. EMPLEADO RESPONSABLE: buscador.
- 3. ESPECIALIDAD
- 4. PRIORIDAD: normal, preferente, urgente.
- 5. MOTIVO DE INTERCONSULTA: campo libre (campo obligatorio).
- 6. CREARLA con el botón
- Crear Interconsulta

Interconsulta				
Datos de la interconsulta				
Datos de la interconsulta				
Unidad org.	Empleado resp.	Especialidad	Prioridad	
Motivo de interconsulta				
				Crear Interconsulta
8				1
	₄ 🖀 🔞 ₄ 🖹 ₄ 🏦 ₄ 🚹 🧾 😏 📹 📢 Ε	XCEL		
St. Estado U. O. Solicitante ⁺ Empleado soli	citante 🅈 Priorid 🎽 Fe.doc. 🔭 Un. Org. destinataria Emple	ado destinatario Un. Org. destinataria	U.O. Resp. E. Resp. Empleado	o que responde

La parte inferior de la pantalla es un visor de IC relacionadas con el paciente.

Para gestionar IC en general, hay que hacerlos desde la página principal de ETC





<u>Medicación</u>

BÚSQUEDA:

- ETC → censo de Medicación por UO
- SmartUI → Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería

ESTADO: pendiente de administrar / administrada / no administrada.

ROL: enfermería.

IMPRIMIBLE: sí.

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN:

Existen diferentes tipos de pautas farmacológicas:

- DOSIS INMEDIATA: pauta de un solo evento en el momento actual.
- PUNTUAL: pauta de un solo evento de medicación.
- INTERMITENTE: pauta de un fármaco con un ciclo determinado.
- VARIABLE: pautas ascendentes o descendientes.
- IRREGULAR: dosis diferentes de un mismo fármaco en los horarios DE-CO-CE.
- PRN: la medicación PRO RE NATA (frase en latín "por la cosa nacida"). Se usa en medicina para indicar la discreción, como se requiera o a demanda. Se refiere a la administración de medicación a criterio de la enfermera o solicitud del paciente, en vez de un horario prefijado. Se pauta una dosis máxima a administrar en 24h y una dosis por toma a administrar si cumple con la condición de verificación. Aparece el evento a las 00:01h y se muestran con una franja horaria de color rojo.

A medida que la enfermera va administrando el fármaco se muestra una ventana informativa que avisa de las dosis administradas en relación a la dosis máxima, no pudiendo superarla. Debemos avisar al facultativo.

Er D	osis					×				
0	Se ha realizado 2 : actual. ¿Debe cre	administración e arse de todos m	n el día nodos el e	evento?						
	Sí	No] @) Cancelar			1			
0	La dosis planificad. administrado 2Deb evento?	a (3 UN) ya se f pe crearse de to	na Idos mod	os el		×				

Todos los tipos de pauta pueden tener una CONDICIÓN DE VERIFICACIÓN, que obliga a leer y validar dicha condición para poder registrar su administración (siempre desde el botón ADMINISTRAR).

Estados del evento:

- PENDIENTE DE ADMINISTRAR
- ADMINISTRADA DOSIS PAUTADA
- ADMINISTRADA DOSIS DIFERENTE A LA PAUTADA
- NO ADMINISTRADO



Plar	nificación	enfe	rme	ría	М	A 15	5.10.	19 -	MI 16.10).19 (1 Pac	ien.)		
EL	InicPlanif	H.plan.	I.m	Ρ.	S	Txt.	Rol N	Not	Fe.inicio real	H.real	Ctd.r	CtdPla	Uni	Descripción de la prescripción
숡	15.10.2019	12:00			8							100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
숡		15:00							15.10.2019	11:23	100	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
숡		18:00			Δ				15.10.2019	11:24	50	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
숡		21:00			۲				15.10.2019	11:24		100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
-	16 10 2010	00.00			0.0							100	141	Daracetamed 10 mg/ml 100 ml hel

El registro del NO ADMINISTRADO tiene 2 opciones:

1. Seleccionar el evento y dar al botón NO ADMINISTRADO indicando el motivo por el cual no se administra.

🗙 No administrado		
🕞 Modificar status		X
Empleado resp.		
Motivo p.diferencia dosis	NO 🔻	
		X

 Seleccionar el evento, dar al botón ADMINISTRAR y seleccionar el check "NO ADMINSITRADO" indicando el motivo por el cual no se administra en el desplegable "Motivo por diferencia dosis"

🚽 Administrar							
2							
Dt Descripción de eventos	CtdPlanif	Unidad	Fe.inic.planif.	H.plan.	Condición verif.		
Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bolsa	1000	MG (PAR	16.10.2019	00:00			
emar Detalles							4
Últ.administración el 15.10.2019,11:24	Se .						
Clv.medic. PARACETAMOL * 10 MG/ML . VÍA	PARENTERAL .	. SOLUCIÓN					
		No administ	trado Lu	gar de to	ma	BOTIQUIN	
Ctd.med.plan. 1000 MG (Administ	tr.		MG (Mc	otivo p.dif	erencia dosis	•	ו כ
Planific.p. 16.10.2019 00:00 Administ	t.a las 15	5.10.2019	12:51 Mc	otivo p.dif	er.tiempo		-
Desecho) [MG (
Localizad	ión						
Vía adm	ón. PE	ERF-INTER					
Cond.verif.							

Los diferentes turnos asistenciales están diferenciados por colores:

- GRIS (turno de noche)
- VERDE (turno de mañana)



- AMARILLO (turno de tarde)

Acceso:

 Si el acceso es desde el CENSO DE MEDICACIÓN POR UO, visualizamos la sólo la medicación pendiente de administrar de todos los pacientes de la o las unidades filtradas.

Medicación por UO	
R	
ЧØ	

Su visualización es parametrizable según nuestras necesidades (turno, paciente, cama...) a través de los filtros y la ordenación de las columnas, guardándose su configuración.

Sólo se visualiza la medicación.

Es un listado donde desaparecen los eventos ya validados.

Es posible acceder a la planificación de otro día mediante los botones DÍA ANTERIOR y DÍA SIGUIENTE.

10101	incenti		a sigulente	I B AU	ininistracioi	n rapiua	Au	minisu		capitovision	amento	0064 790	/eciaidCl011	incident	.005						
ENF	- Ges	tión de	infusi	ones o	continu	ias M	I 29.	05.1	19 - S	A 01.0	6.19 ((7 Pac									
Tp.inf.	JO pres.	Habit.	Cama	Vacía en	🕈 Vacía a la	35	St	a St	tatus, F	e.inic.planif	F. H.plan	. Fe.inicio re	eal H.rea	Descri	pción de	la pre	scripción				
123	I-6B	H-637	H-637B	:43	19.07.2	020/09	9:23 <u>A</u>	DM	2	9.05.201	9 12:22	2 29.05.20	019 17:23	3 Infus	ión: Mo	rfina (clorhidrato 10	, Fisiologico	0,9% 10	0 m, I	PERF-CONT
123	I-6A	H-618	H-618B	00:24	31.05.2	019/12	2:03 <u>A</u>	DM	ا ھ	0.05.201	9 10:41	30.05.20	019 12:04	4 Infus	ión: Mo	rfina (clorhidrato 10	, Fisiologico	0,9% 10	0 m, I	PERF-CONT
123	I-6A	H-601	H-601A	04:30	31.05.2	019/16	5:10 <u>A</u>	DM	3	1.05.201	9 10:33	31.05.20	019 11:0	7 Gluco	salino 5	00 m	l frasco, Sodio	cloruro 20	10 ml r	nini, 1	V, INF_CO
123	H-UMI	H-UMI09	UMI09	09:52	31.05.2	019/21	1:32 <u>A</u>	DM	3	0.05.201	9 12:29	30.05.20	019 13:0	2 Fisiolo	ogico 0,	9% 1	00 ml fr, Pota	sio cloruro	10 mEq 5	m, IV	, INF_CON
123	H-6A	H-620	H-620B	47:45	02.06.2	019/1	1:24 <u>A</u>	DM	3	1.05.201	9 10:24	31.05.20	019 11:24	4 Infus	ión: Moi	rfina (clorhidrato 10	, Fisiologico	0,9% 10	0 m, I	PERF-CONT
123	H-UMI	H-UMI04	UMI04	leer	30.05.2	019/12	2:43 A	DM	2	9.05.201	9 09:54	1 29.05.20	019 11:1	6 Fisiolo	gico 0,	9% 2	50 ml fr, Pota	sio cloruro	10 mEq 5	m, IV	, INF_CON
123	1-5A	H-505	H-505A	leer	29.05.2	019/17	7:13 A	DM	2	9.05.201	9 10:44	1 29.05.20	019 13:13	3 Fisiolo	gico 0,	9% 5	00 ml fr, Oxito	ocina 10 UI,	/ml 1 ml vi	, IV, 1	INF_CONT,
123	1-6A	H-601	H-601A	leer	31.05.2	019/10	0:33 AI	DM	3	1.05.201	9 04:31	31.05.20	019 05:3) Gluco	salino 5	00 m	l frasco, Sodio	doruro 20	10 ml r	nini, 1	V. INF CO
4 16		Administrar	🛃 Admini	stración rác	olda 🙆 No :	administra	ato 🛛	Entrad	ta de evol	ucidin 🕌 Si	ustituir me	dicamento	🖋 Prescrip	cián 🛛 🦻	Declaraci	ón ince	dencas 🛞 Carga	trabajo enferr	meria		
()sà NF -	Media	Administrar cación p	or UO \	stración rác /I 31.0	oida <mark>©</mark> No : 5.19 (6	administra Pacie	ato ⊇ entes)	Entrad	ta de evol	ución 🧍 🗲 Si	ustituir me	dicamento	🖋 Prescrip	cián 🛛 🐬	Declaraci	ón ince	dencias 🛞 Carga	trabajo enferr	neria		
∢ 📫 NF - ama	Media Asl_Pa	Administrar cación p cente/sexo/	Mor UO \	stración rác /I 31.0 Fe.	oida <mark>©</mark> No 5.19 (6 Inicipanti H	administra Pacie	ado [2 entes)	Entrad	ta de evol	ución i 👍 Si án de la pre	ustituir me scripción	dicamento ()	🖋 Prescrip	ción 🛛 🦻	Declaraci	ón ince PrC	dencas 🛞 Carga Condición verf.	trabago enferr Comentario	meria *Co	TE.	Tp.I. N.AI
A MID4	Media Asl Pa PE	Administrar cación p cente/sexo/ crez RoMo	MANUEL (I	strackin rác /I 31.0 Fe. 1, 79 31	olda <mark>©</mark> No 5.19 (6 Ink.planf. H .05.2019 1	administra Pacie Lolan, s L6:00)	ado [2 entes) CtdP (100	Entrad Unid ML	ta de evol Descripci Paracet	ución <mark> %</mark> Si ón de la pre amol 10 m g	ustitur me scripción g / ml 100	idicamento i mi bolsa, PE	Prescrip	cón 🕅	Dectaraci Jh_, UKs MG	on nox	dencas 🛞 Carga Condición verf.	trabajo enferr Comentario	neria *Co	TE.	Tp.I_N.AI
4 12 INF - ama MBD4 MID4	Media Alei Pa PE	Administrar cación p dente/sexe/ REZ ROMO REZ ROMO	Admini por UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I	stración rác /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31	olda 2010 5.19 (6 .nk.planf. H .05.2019 1 .05.2019 1	Pacie Loen. 5 16:00)	ado [2 entes) (CtdP (100 (0,04	Entrad Unid, ML NIL	ta de evol Descripci Paracet Insulina	ucin 🧍 🎸 Si in de a pre amol 10 m; aspartica 1	ustitur me scripción g/ml 100 100 UI/m	ndicamento mi bolsa, PE al 3 mi fleepe	Prescrip ERF-INTER, en (Novora	cón 7	Dectaraci Jn_, UAs MG UI (on nox	Condición verf.	trabajo enferr Comentaria	mena *Co	TE	Tp.I. N.AI
A Initia States of the second	Media Aisl Pa PE PE	Administrar cación p cente/sexo/ REZ ROMO REZ ROMO REZ ROMO	Admini oor UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I	stración rác /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31 4, 79 31	olda ONO 5.19 (6 .nc.planf. H .05.2019 1 .05.2019 1	Pacie	entes) CtdP (100 (0,04	Entrad Unid ML ML ML	ta de evol Descripci Paracet Insulina Insulina	ución 🧍 Si in de la pre amol 10 mg aspartica : aspartica :	usttur me scrpcón g/ml 100 100 UI/m 100 UI/m	dicamento mi bolsa, PE il 3 mi flexpo il 3 mi flexpo	Prescrip ERF-Differ, en (Novora en (Novora	Dos C/ pid	Declaraci Jn_, UAs MG UI (UI (on nox	dences 🛞 Carga Condición verif. SI LA GLUCEM SI LA GLUCEM	trabajo enferr Comentaria	neria *Co	TE designed	Tp.I. N.AL
4 initiation of the second sec	Asl Pa PE PE PE	Administrar cación p cente/sexa/ REZ ROMO REZ ROMO CREZ ROMO ORENO GUT	Admini oor UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I BERREZ M I	stración rac /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31 4, 79 31 DEL 31	014a ON 10 5.19 (6 Inic planti, 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1	Administra Pacie 1.0ien. 5 16:00 13:30 19:30	ato [2 entes) (CtdP , (100 (0,04 (0,04 (100	Entrad Unid NIL NIL MIL MIL	bescripci Paracet Insulina Paracet	in de a pre amol 10 mg aspartica : aspartica : amol 10 mg	usttur me scrodón g/ml 100 100 UI/m g/ml 100	ni bolsa, PE ni bolsa, PE il 3 ni flexpe ni bolsa, PE	Prescrip ERF-DITER, an (Novora en (Novora ERF-DITER,	Cón Dos C/ pid C/	Declaraci Jn_, UAs MG UI (UI (MG	on nex	dences 🛞 Carga Condición verif. SI LA GLUCEM SI LA GLUCEM	trabajo enfor Comentario	neria *Co,	TE	Tp.I., N.AI
MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4	Asl Pa PE PE MI	Administrar cación p cente/sexo/ rez Romo rez Romo rez Romo oreno gut erida guti	Admini oor UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I MANUE	stración rac /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31 4, 79 31 561 31 061, 31	olda No : 5.19 (6 .nc.planf. F .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 2	administra Pacie 1.01an. 5 16:00 1 13:30 1 19:30 1 19:30 1 19:30 1 19:30 1	ato 2 (totP) (totP) (100 (0,04 (0,04 (100 (100 (100	Unid NIL NIL NIL NIL NIL	ta de evol Descripci Paracet Insulina Disulina Paracet Paracet	in de la pre amoi 10 mg aspartica : amoi 10 mg amoi 10 mg	ustituir me scripodin g/ml 100 100 UI/m g/ml 100 g/ml 100	ni bolsa, PE ni bolsa, PE il 3 ni flexpe ni bolsa, PE ni bolsa, PE	Prescrip ERF-Differ, en (Novora en (Novora erF-Differ, ERF-Differ,	Dos C/ pid c/ C/	Dectaraci Jh., UKs MG UI (UI (MG MG	on nox PrC	Condición verf. SI LA GLUCEM	trabajo enfor Comentario	neria *Co,	TE	Tp-I, N.AI
MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID9 MIL1 MID4	Asl Pa PE PE PE MI	Administrar cación p oente/sexe/ REZ ROMO REZ ROMO ORENO GUTI ERIDA GUTI REZ ROMO	Admini oor UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I BERREZ M I BERREZ ANT MANUEL (I	stración fac /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31 4, 79 31 OFL 31 IONI, 31 4, 79 31	olda No : 5.19 (6 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 2 .05.2019 2	administra Pacie I.olan. 5 I.6:00 I.3:30 I.9:30 I.3	entes) (CdP)	Und NL NL ML ML ML ML	ta de evol Descripci Paracet Insulina Paracet Paracet Haloper	in de la pre amol 10 m; aspartica aspartica amol 10 m; amol 10 m; dol 5 mg/r	usttur me scrodon g/ml 100 100 VI/m 100 VI/m g/ml 100 g/ml 100 ml 1 ml an	ni bolsa, PE ni bolsa, PE il 3 ni ficops ni bolsa, PE ni bolsa, PE mi bolsa, PE	Prescrip ERF-INTER, en (Novora en (Novora eRF-INTER, ERF-INTER, IRFCTA, C,	Dos C/ pad c/ c/ C/ S	Declaraci Jh., UKa MG UI (UI (MG MG MG	on nox PrC	Condición verf. SI LA GLUCEM	Comentans	neria *Co	TE do do	Tp.I. N.AI
4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Asl Pa PE PE PE MI PE	Administrar cación p cente/sexo/ REZ ROMO REZ ROMO CRED GUTI REZ ROMO REZ ROMO REZ ROMO	Admini oor UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I	stración fác /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31 4, 79 31 DEL 31 TORI, 31 4, 79 31 4, 79 31	010 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	administra Pacie 1.0an. 5 16:00 1 13:30 1 19:30 1 10:00 1 10:00 1 16:00 1	ato CodPl CodPl C 100 C 0,04 C 100 C 100 C 100 C 100 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1 C 1	Entrad Unid ML ML ML ML ML ML ML	bescripci Paracet Insulina Paracet Paracet Haloper Haloper	in de la pre amol 10 mg aspartica aspartica amol 10 mg amol 10 mg dol 5 mg/r dol 5 mg/r	ustituir me scrioción g/ml 100 100 UI./m 100 UI./m g/ml 100 g/ml 100 ml 1 ml an	ni bolsa, PE ni bolsa, PE di 3 ni ficops ni bolsa, PE ni bolsa, PE mi bolsa, PE mi bolsa, PE mi bolsa, PE	Prescrip ERF-INTER, an (Novora en (Novora erF-INTER, ERF-INTER, IRECTA, C)	Dos C/ pad pid C/ /s 	Declaraci Jh., UKa MG UI (UI (MG MG MG	on nox PrC	dencas 🛞 Carga Condición verf. SI LA GLUCEM	Comentans Si precisa Si precisa	neria *Co	TE	TpJ, N.AI
MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4 MID4	Media Asl Pa PE PE Mi Mi PE	Administrar Cación p Gente/sexa/ IREZ ROMO IREZ ROMO GRENO GUTI IREZ ROMO GRENO GUTI IREZ ROMO ORENO GUTI	Administration of the second s	stración fác /I 31.0 Fe. 1, 79 31 4, 79 31 4, 79 31 DEL 31 TORIL 31 4, 79 31 0, 79 31 0, 79 31 DEL 31	bida ONO 5.19 (6 hicobarf. F .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 2 .05.2019 2 .05.2019 0 .05.2019 0	administra Pacie (.oten. 5 (.oten. 5 (.oten. 5 (.oten 1 (.oten 1 (ato CodPl CodPl K 100 K 100	Entrad Unid NIL NIL NIL NIL NIL NIL NIL	beschol Deschol Paracet Insulina Insulina Paracet Haloper Haloper Tramade	in de la pre amol 10 mg aspartica : aspartica : amol 10 mg amol 10 mg dol 5 mg/r dol 5 mg/r dol 5 mg/r	usttuir me scrodon a/ml 100 100 UI/m 100 UI/m g/ml 100 g/ml 100 ml 1 ml an nil 1 ml an al 2 ml an	ni bolsa, PE al 3 ni flexps al 3 ni flexps ni bolsa, PE ni bolsa, FV D mpolla, IV D mpolla, PERF	Prescrp ERF-DITER, an (Novora en (Novora en INovora en INovora erF-DITER, IRECTA, C) -INTER, C/	Dos C/ pad pid C/ C/ S S BH	Declaraci Jh., UKs MG UI (UI (MG MG MG MG	on nox PrC 별	dencas 🛞 Carga Condición venf. SI LA GLUCEM SI LA GLUCEM	Comentaria Si precisa	nena "Co	TE	Tel NA
 Image: Second Sec	Aisl Pa PE PE PE MI PE PE MI MI	Administrar CRCIÓN p Gente/Sexo/ IREZ ROMO IREZ ROMO GRENO GUT REZ ROMO IREZ ROMO ORENO GUT ORENO GUT ORENO GUT	Cor UO \ edad MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I MANUEL (I BERREZ ANI MANUEL (I BERREZ M I BERREZ M I	stración rác /I 31.0 Fe. 14, 79, 31 4, 79, 31 4, 79, 31 ORL, 31 0RL, 31 4, 79, 31 0RL, 31 DEL, 31 DEL, 31	1014 10 No 15.19 (6 10.05.2019 1 10.05.2019 1 10.05.2019 1 10.05.2019 1 10.5.2019 0 10.5.2019 0 10.5.2019 0 10.5.2019 1	Administra Pacie (.oten. 5 (6:00) (3:30) (9:	ato 2 entes) CtdPI K 100 K 0,04 K 100 K 100	Entrad Unid ML ML ML ML ML ML ML ML ML	ta de evol Paracet Insulina Paracet Paracet Haloper Haloper Tramado	in de la pre amol 10 mp aspartica : aspartica : aspart	usttur me scrpción g/ml 100 100 UL/m g/ml 100 g/ml 100 g/ml 100 nnl 1 ml an al 2 ml an al 2 ml an	elicamento mi bolsa, PE al 3 mi flexpe al 3 mi flexpe mi bolsa, PE mi bolsa, PE mi bolsa, PE mipolla, IV Di mpolla, PERF- nipolla, PERF-	Prescrip ERF-DITTER, an (Novora en (Novora e	Dos C/ pad pid C/ C/ S S S H, S H, S H, S H, S H,	Dectaraci MG UI (UI (MG MG MG MG MG MG	on nox PrC. 受受	dencias (8) Carga Condictin verf. SI LA GLUCEM SI LA GLUCEM SI precisa si precisa	Comentano Gomentano Si precisa Si precisa	rena Co	TE	TAL N.A.
 Image: Control of the second se	Aisl Pa Pe Pe Pe Mi Mi Pe Pe Mi Mi Mi	Administrar cación p oentejosia/ rez ROMO rez ROMO rez ROMO rez ROMO rez ROMO rez ROMO rez ROMO ORENO GUT ORENO GUT ORENO GUT	Administration of UO 1 edad MANUEL (I) MANUEL (I) IERREZ M II ERREZ M II ERREZ M II ERREZ M II ERREZ M II	stración rác /I 31.0 Fe. 14, 79 31 4, 79 31 4, 79 31 OFL 31 OFL 31 OFL 31 OFL 31 OFL 31 OFL 31	014 0 No 5.19 (6 mc.04nf, F .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1 .05.2019 1	Administra Pacie (.06n. 5 (6:00) (3:30) (3:3	ato 2 entes) CtdPI K 100 K 0,04 K 100 K 100 K 100 K 100 K 100 K 100 K 100 K 2 K 2 K 2 K 2	Entrad Unid NIL NIL NIL NIL NIL NIL NIL NIL	Descripci Paracet Insulina Paracet Paracet Raloper Raloper Tramado Tramado	in de la pre amol 10 m; aspartica : aspartica : asparti aspartica : aspartica : aspartica	usttur me scrodón g/ml 100 100 UL/m g/ml 100 g/ml 100 g/ml 100 nil 1 ml an al 2 ml an al 2 ml an al 2 ml an	ni bolsa, PE ni bolsa, PER- ni pola, PER-	Prescrip ERF-DITER, an (Novora en (Novora) en (Novora en (Novora) en	Dos C/ pad pid C/ S S H S H S H S H	Dectaraci MG UI (UI (MG MG MG MG MG MG	on ncx PrC 雙聲	Condiction verif. SI LA GLUCEM SI LA GLUCEM SI precisa si precisa si precisa	trabajo enferr Comentario Si precisa Si precisa	rera Co.	TE .	TAL N.A. BEER BERRE

 Si el acceso es desde el Smart Ui de un paciente, concretamente desde la CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA, visualizamos la medicación de dicho paciente del día activo (pendiente de administrar, administrada o no administrada).



La carga de trabajo de enfermería, es sólo un visor y no tiene memoria para guardar las parametrizaciones.

Se visualiza la medicación y las intervenciones enfermeras.

Es posible visualizar mediante el CALENDARIO lo administrado en cualquier fecha.

🕤 🕂 Realiz	ar Intervención 📋	j Anular presta	odin 🕞 Re	salzar (rápido)	👌 Gane	rar activ	idad i 🖊	Mod	ificar cido 🧪 Nota de cuidados 👗 Res	umen P	lan de C	uidado	6			
🔒 Calendario	4 Dis anterior	Dia siguienti	e 😽 Admini	stración rápida 🍟	Admini	strar 🕻	Entrada	de e	volución							
🕴 Susttuir n	redicamento 🔫 O	eclaración inclu	enclas 🚧 H	istorial de status	A Doo	umento	s de mod	ficaci	ón 🙆 No administrado 🛷 Modificar stat	tus ever	nto 🖍	Gula a	dminist	ración	parenteral	
Planifica	ción enferm	ería VI 3	1.05.19	- SA 01.06	19 (1	L Pac	ien.)									
EL IncPlan	# "H.plan." I.n	n_ P_ 5_ Txt	Rai N. N	ot., Felinicio real	Hureal	Otd.r.	CtdPb.	Un)	Descripción de la prescripción	Dos.(UAST.	TP.	PrC.	Med.	Via admón.	N.Alerta Cor
31.05.	2019 00:00			30.05.2019	23:30	100	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol		MG (PERF-INTER	E
*				30.05.2019	23:30	2	2	ML	Ipratropio bromuro 500 mcg 2 ml		mcg				NEBULIZA	5
*				30.05.2019	23:30	2,5	2,5	ML	Salbutamol 2,5 mg 2,5 ml solucion		MG (NEBULIZA	-
*				30.05.2019	23:30	500	500	ML	Glucosado 10% 500 ml frasco plas		ML				PERF-CONT	-
*		×					2,5	ML	Salbutamol 5 mg 2,5 ml solution p		MG (NEBULIZA	-
*		×		1			2,5	ML	Salbutamol 5 mg 2,5 ml solution p		MG (NEBULIZA	1
*	00:01	X					2	ML	Olanzapina 10 mg 2 ml vial, IM, PR	10	MG (ዏ	筆	IM	
*		×					1	C.	Clonazepam 2 mg comprimido, OR.	2	MG(學	2	ORAL	-
*		X					2	ML	Haloperidol 5 mg/ml 1 ml ampolla,	2,5	MG (쪧	11	IN	85
*		×					0	ML	Halopendol 5 mg/ml 1 ml ampolla,	10	MG (圈	1	IV	20
Te	00:51		EVF	31.05.2019	00:51				Monitorización de los signos vitales							
T.	00:52		ENF	31.05.2019	00:52				Punción intravenosa (i.v.)							
T.	01:00		ENF	31.05.2019	01:03				Comprobar el estado de la piel en el sit,							
-			and and	and the means	14.4											

Cada línea es un evento, el elemento de los eventos de medicación es la estrella.



Los **botones que se utilizan para validar la administración** de los eventos de medicación son los siguientes:

- 10 - P			
Δdm	nictra	acion.	ranida
		and not the	rapiaa



- ADMINISTRACIÓN RÁPIDA: eventos que no precisan condición de verificación, cambio de dosis o cambio de horario. Cuando quieres validar varios eventos a la vez.
- ADMINISTRAR: eventos que sí precisan condición de verificación, cambio de dosis o cambio de horario. Se validan los eventos de uno en uno.

Hubuprofeno * 600 mg . via oral , compri	mdb.1C2000 <u>MG()BU</u> 19.02	2017 11:54 ver	
CENTRE Detales			د »
Út.administración el 15.02.2017,1 dv.medic. jBUPROFENO * 600 MG	LO:40 AB	Motivos de incid	encias
Ctcl.med.plan. 2000 MG (. Planific.p. 19.02.2017 11:54	Administri, 600 MS (. Administri, 600 MS (. Administria las 19,02,2017 11:5	Lugar de toma Motivo p.diferencia doss Motivo p.difer.tiempo	~
Cantidad planificada	Localización Vía admón. ORAL	Modificación de pauta Dosis, no administrad	a: 0.
Pond.verif. 📓 Lab. Condie	ver ción de verificación		

Existe otro botón por el cual accedes directamente al Portal de la Institución para realizar una **Declaración de Incidentes (DDI).**



Proceso de generación de eventos de medicación en CCEE

En el ámbito de CCEE o Comunitaria, los pacientes no se encuentran hospitalizados y, generalmente, no se puede concretar con un ciclo o fecha exacta la administración de un fármaco.

El médico prescribe el fármaco y lo activa sin generar eventos en la carga de trabajo de enfermería.

La enfermera es la que genera el evento de medicación en el momento que el paciente lo requiera.

1. Seleccionar la pestaña de PAUTA FARMACOLÓGICA de la pantalla de carga de trabajo de enfermería.

Handicacci	n del paster	🕫 🐁 Pauta Far	macológica				
🚱 🛷 Realizar Inf	tervención	📺 Anular prestación	n 🛛 🚱 Realizar (rápi	do) 🌏	Gene	rar actividad 🖉 Modificar ciclo 📝 Nota de cuidados 🔜 Resumen Plan de Cuidado	8
🔒 Calendario 🔌	Dia anterior	Dia siguente	🕈 Administración rá	pida 🛃	Admin	strar 🔀 Entrada de evolución 🛛 🎸 Sustituir medicamento 🤜 Declaración incidenci	25
/NWSH/ENF	ACTI	/ MI 15.02.1	7 (1 Pacien.)			
EL InicPlanif	* H.plan.* I	med P + Status	Txt., Felinicio real	Hirea	Doc	, Descripción de la prescripción	TpJ. PrC. 1
15.02.2017	00:00	X		00:00	B	Manejo del dolor	
Ţ		×		00:00	66	Cuidados del paciente encamado	
T		X		00:00		Realizar un registro preciso de entradas y salidas.	
Te		X		00:00	D)dentificar la dieta prescrita.	
T.		×		00:00	B	Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las m.	
T		×		00:00	B	Oxigenoterapia	

2. Verificar que la pauta es la que se le debe administrar al paciente y seleccionar el fármaco en cuestión.

Seleccionar el botón de la barra de herramientas de EVENTO ADICIONAL o entrar dentro del fármaco deseado y en la pestaña de EVENTO, crear el evento para ese mismo instante.



🎊 Evento adicional

3. Registrar la administración del fármaco de manera habitual.



Se podrá imprimir la medicación administrada al paciente desde la pestaña MEDICACIÓN.

ADMINISTRADA PACIENTE de la CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.

1	Planificacion	del paciente	-	Pauta Farmacol	lógica	Med. Administrada Paciente 2 ^{ee} Indicaciones médicas					
ଜା	Calendario	Día ante	erior 🕨	Día siguiente	🚔 Print	Medicación Administrada					
Me	d. Admin	istrada F	Pacier	nte VI 16.	02.18	8 - SA 17.02.18 (1 Pacien.)					
Me	d. Admin	istrada F	Pacier Status	nte VI 16. Fe.inicio real	02.18 H.real	8 - SA 17.02.18 (1 Pacien.) Descripción de la prescripción	Tp.prescr.	Episodio	Tp.i	PrC	I.me
	d. Admin	istrada F H.plan. P 04:36	Pacier Status	Fe.inicio real	02.18 H.real 08:52	8 - SA 17.02.18 (1 Pacien.) Descripción de la prescripción Paracetamol 1 g sobre, ORAL, 1000 MG (PARACETAMOL), C/BH	Tp.prescr. HOSP	Episodio 400080348	Tp.i	PrC	I.me

1. Seleccionas las líneas a imprimir.

Me	ec	I. Admin	istrada	Pacier	nte VI 16.	.02.1	8 - SA 17.02.18 (1 Pacien.)
E	L	InicPlanif	H.plan. P.	Status	Fe.inicio real	H.real	Descripción de la prescripción
		16.02.2018	04:36		16.02.2018	08:52	Paracetamol 1 g sobre, ORAL, 1000 MG (PARACETAMOL), C/8H
T 🔺			08:00		16.02.2018	08:52	Ibuprofeno 400 mg comprimido, ORAL, 1 COM, C/8H
-	-	-	8 - 6 -			ô-	

2. Activas el botón PRINT MEDICACIÓN ADMINISTRADA

1.000	2007 A 1944	100 M 100 M 100 M	
gining.	Print	Medicación	Administrada
		I TO STOR STORT	a contraction of or other

3. Visualizas el siguiente imprimible.

		14	ic barman 🖉 ba	int journe	
Medi	cació	n administrada			
Paciente:	PI LILI		Página: 1 / 1		
Paciente: Mujer, eda	PI LILI id 1, fecha	nacimiento 15.01.2018	Página:1/1 Última admi	nistración	16.02.201
Paciente: Mujer, eda	PI LILI Id 1, fecha	nacimiento 15.01.2018	Página: 1 / 1 Última admi Primera adr	nistración ninistración	16.02.201 16.02.201
Paciente: Mujer, eda FECHA DE INICIO REAL	PI LILI Id 1, fecha HORA REAL	DESCRIPCION DE LA PRESCRIPCIÓN	Página: 1 / 1 Última admi Primera adr	nistración ninistración CANTIDAD	16.02.201 16.02.201 UNIDAD
Paciente: Mujer, eda FECHA DE INICIO REAL 16.02.2018	PI LILI id 1, fecha Hora REAL 08:52	DESCRIPCION DE LA PRESCRIPCIÓN Paracetamol 1 g sobre, ORAL, 1000 MG (PARACETAMOL), CIGH	Página: 1 / 1 Última admi Primera adr	nistración ninistración CANTIDAD	16.02.201 16.02.201 UNIDAD SBR

Órdenes clínicas

OC: Laboratorio

BÚSQUEDA Y GESTIÓN:

- 1. Smart UI (modo de visualización RESUMEN) \rightarrow pestaña ORDENES CLÍNICAS \rightarrow modificar/visualizar OC \rightarrow formulario OC
- 2. Imprimir formulario con el resumen de petición
- 3. Realizar extracción
- 4. Cambiar ESTATUS a EXTRAÍDA
- Ir a la carga de trabajo → añadir NIC correspondiente → validar NIC NICs posibles:
 - Flebotomía: muestra de sangre venosa
 - Flebotomía: muestra de sangre arterial
 - Manejo de muestras

PEDIR OC DE LABORATORIO:

Crear OC \rightarrow pestaña LABORATORIO \rightarrow prestación deseada (ejemplo: HEMOGRAMA) \rightarrow GUARDAR

Se abre OC y se cumplimenta:

- Empleado responsable (relacionado con ordenante y UO médica ordenante).
- 2. Prioridad (normal, urgente, preferente).
- 3. Motivo de solicitud de laboratorio: campo libre (obligatorio escribir en OC de LAB).
- 4. Poner fecha en la posición de la prestación (MODELO DE CITACIÓN).
- 5. Guardar OC.



Ordenante Unided organics. v II-53.	+5A Destnataria
UO médica ordenante S-CIR	Cirutgiù General
Tipas de enden	
Enformaria Labicativia Radiologia Prus	tas PRE + ADH + R Perfiks L + E
よ IS A / Posicion de orden cinica 前 /	E) 🖉 .
Örderves posibles	Prestación Unidad org Ca
> C AP - Blogsis general	Т.АРА А
Cubves de laboratorio	TLAS V
	TLAB
3 Laboratori - Prequenta	LEHOS T-LAB
Y 📻 Hematologi	LONG61 T-LAD
> 🦰 Cospulación	LBHS10020 T-LAB
Estudo especials Hematologia	LEHS10030 T-LAB
🖌 📻 Herratslogia	LBH510010 T-LAB
 Citoaglutzianes 	12435 T&A8
 Estada d'Inercolobines 	12235 T-LA8
 Brup ARE LRS- 	7041 T-LAB
HEHOGRAMA	7830 T LAB
 IncherrugLEinines 	12433 T4A8
 Plaquetes en otrat- 	19260 T-LA8
 Poblacione imfoldes 	12321 T-CAB
Raticulocta	12320 T-6A0
 Tent de Coombs drecte- 	7143 1448
Test de Coembe Edrecta-	7044 14.48
	70.5 11.48
• eq.mcs	LONGE TEAL
	100000 7100

OC: Diagnóstico por la imagen

BÚSQUEDA Y GESTIÓN:

- 6. Smart UI (modo de visualización RESUMEN) \rightarrow pestaña ORDENES CLÍNICAS \rightarrow modificar/visualizar OC \rightarrow formulario OC.
- 7. Imprimir formulario con el resumen de petición.
- 8. Traslado de paciente a Diagnóstico por la imagen (camillero, propio paciente).
- 9. NO cambiar ESTATUS (lo realiza el servicio de DX POR LA IMAGEN).

PEDIR OC DE DIÁGNOSTICO POR LA IMAGEN:

Crear OC \rightarrow pestaña RADIOLOGÍA \rightarrow prestación deseada (ejemplo: RADIOGRAFÍA ÓSEA DE COLUMNA: COLUMNA CERVICAL AP Y LAT) \rightarrow GUARDAR

Se abre OC y se cumplimenta:

- 10. Empleado responsable (relacionado con ordenante y UO médica ordenante).
- 11. Prioridad (normal, urgente, preferente).
- 12. Aseguradora / datos clínicos.
- Poner fecha en la posición (MODELO DE CITACIÓN) de la prestación y escribir en MOTIVO DE SOLICITUD PRESTACIÓN / OBSERVACIONES (obligatorio)

Orden						
Ordenante Unida	d organiza v	8-53	14-5A	Dert	rotario	
UD mética didenante		3-C28	Churge Gen	e18		
Toos de orden						
Enfermeda Lut	oratorio	adalogia	Pszeban PRI	E + AOM + 3Q	Periles	12 () E
1 2 2 / Po	ación de orden	ionica H	1. 単一位			
Órdenes probles				Prestación	Alridad org	Ca.,
HOS Explore	contes ex viva				T-DFI	
HOS Interve	nciorita				T-DFI	
I ☐ H05 Harriog	rafas				T-091	
* 🖉 🖌 HOS Radiok	gia convincien	sal.			T-DØT	
> DENSETOM	ETRIA			OPHIDENSIT	T-091	
EXPLORACE	ONS EN QUIRÓ	YEAN .		ORD-EXPQUI	T-OPC	
> ESTUDE D	E PECOATRIA			OPD-RADSD	T-DØL	
> ROX COMIVER	CIONAL AMB (CONTRAST		DPD-RNCO	T-OPT	
T RADIOLOGI	A SOMPLE			DPD-RASIMP	T-091	
> ABDOH	EN			DPEHABDO	T-DPL	
> EXPLOR	ACIONS ESPEC	IALS DE TÚ	NAX:	OPD-EXES	T-DP1	
> EXPLOR	ACIONS ANB P	UTATBO.		07D-ERFOR	ET-OPT	
Y KADIOL	DIELA ÓSSEA CI	DLUNNA		078-EA05	T-DPL	_
	OLUMINA CERT	(ICAL AP 11)	1	70208	T-OPE	
	OLUPINA CERT	ICAL FLEXO	EXT	70210	T-DRD	
	OLUPINA CERV	(KAL OBLID)	ES	20209	T-DPL	2.4
	CLUNKA DOR	SAL, ALTRES	PROJECCIONS	20303	T-DFL	
	OLUMINA DORS	SAL APILA	Te	70302	T-091	
- E C K	CEUNINA LUNE	ROSACRA, AI	TLAT	70304	T-091	
	CELININA LUNE	ROSACRA, AI	LATIORKUE	20305	T-DPL	
	CELINIA LUN	IOSACIA FL	DI-DIT	70314	T-0#1	
	Charles and the			10202	The state of	

14. Guardar OC.

Apellido 1										
	GARCIA-CUENCA		Título académ.			Ordenante	Unidad org 🗸	H-5A	H-5A	
Apellido 2	GARCIA		Complem.nombre			UO médica or	denante	S-CIR	Cirurgia	Gener
Nombre de pila	ESTER		Prefijo			Empl.resp.	11059	LOPEZ NEO	GRE, JOSE L	U
Fe.nacim.	27.10.1979		Paciente	1026484		Nº de orden		Prioridad	Urg	en 🗸
Sexo	Mujer 🗸 🗸	~	CIP	GAGA17910270	03		936615208	Status	Solicitada	~
Teléfono	907891334			💣 Otros	campos					
CorrElectr	3					Tîtulo	HOS Radiología	convenciona	al	
Aseguradora	Datos clínicos	1								
		-								
Relación asegur	adora									
Part./copago							4			
Aseguradora 1	l									
Aseguradora	2	ICASS.]		5		
Cl cohertura		× Nº seguro		Asea basta	31 12 9999	Fe lectura				
Circobarcara		in beguto		nooginaoca		Teneccara	6			
A second second second										
Aseguradora 2	2									
Aseguradora 2 Aseguradora	2					1	\$	2		
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura	2	✓ Nº seguro		Aseg.hasta		Fe.lectura	\$			
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura	2	✓ N ^o seguro		Aseg.hasta		Fe.lectura				
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura		✓ Nº seguro		Aseg.hasta		Fe.lectura				
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura	2	✓ Nº seguro		Aseg.hasta		Fe.lectura	(
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura	2	✓ Nº seguro MOD	ELO DE C	Aseg.hasta		Fe.lectura				
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura		✓ Nº seguro MOD UO trat. UO mé	ELO DE C	Aseg.hasta	Fecha/Hor	Fe.lectura	Episodio			
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura	2	V Nº seguro	ELO DE C dica Status	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20	Fe.lectura	Episodio		Consulta	× Ep
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura Pos Tipo de order 1 HOS Radiologi Prestaciones	a convencion	VO trat. UO mé	ELO DE C dica Status : Inicial	Aseg.hasta ITACIÓI ResAd ▼ ☑ ፲	Fecha/Hor 23.10.20	a/Ciclo	Episodio		Consulta	Ep
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura Cl.cobertura Pos Tipo de order 1 HOS Radiologi Prestaciones	a convencion	VO trat. UO mé T-DPI SD-DP2	ELO DE C dica Status Inicial	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20	a/Ciclo	Episodio		Consulta	2 Ep
Aseguradora : Aseguradora Cl.cobertura Cl.cobertura 1 HOS Radiologi Prestaciones	a convencion_	V Nº seguro MOD UO trat. UO mé T-DPI SD-DP3	ELO DE C dica Status : Inicial	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20	a/Ciclo 17 CHA	Episodio		Consulta	
Aseguradora : Aseguradora CLcobertura CLcobertura Pos Tipo de order 1 HOS Radiologi Prestaciones	i convencion	V Nº seguro	ELO DE C díca Status Inicial	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20	a/Ciclo 17 CHA	Episodio		Consulta	2 Ep
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura Cl.cobertura Pos Tipo de order 1 HOS Radiologi Prestaciones	a convencion	VO trat. UO mé T-DPI SD-DP:	ELO DE C Ica Status Inicial	Aseg.hasta ITACIÓN ResAd ✓ ☑ 🛅	V Fecha/Hor 23.10.20 FE	a/Ciclo 17 CHA	Episodio		Consulta	201 Ep
Aseguradora : Aseguradora Cl.cobertura Pos Tipo de orden 1 HOS Radiologi Prestaciones	a convencion	VO trat. UO mé T-DPI SD-DP2	ELO DE C dica Status Inicial	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20	a/Ciclo	Episodio		Consulta	∭ Ep
Aseguradora : Aseguradora Cl.cobertura 1 HOS Radiologi Prestaciones Prestaciones Prestaciones	a convencion	V Nº seguro MOD UO trat. UO mé à T-DPI SD-DP:	ELO DE C dica Status : Inical	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20 FE(a/Ciclo 17 CHA Observaciones	Episodio		Consulta P The P	
Aseguradora : Aseguradora Cl.cobertura Cl.cobertura Prost Cobertura Prestaciones Prestaciones Prestaciones Prestaciones Prestaciones	2 a convencion Admisión a Convención Admisión	✓ Nº seguro ✓ Nº seguro UO trat. UO mé UO trat. UO mé T-DPI SD-DP: onsulta ▼. cón ICAL AP I LAT	ELO DE C dica Status : Inicial Ctd. Stat., L., 1 Table 1	Aseg.hasta	Fecha/Hor 23.10.20 FEC	a/Ciclo 17 CHA Observaciones	Episodio		Consulta	201 201
Aseguradora 2 Aseguradora Cl.cobertura Cl.cobertura Pos Tipo de order 1 HOS Radiologi Prestaciones Prestaciones Prestación 70208	a convencion	VO trat. UO mé T-DPI SD-DP:	ELO DE C dica Status Inicial	Aseg.hasta	J Fecha/Hor 23.10.20 FE(a/Ciclo 17 CHA Observaciones	Episodio		Consulta	2 Ep

OC: Indicación médica a enfermería

CREACIÓN:

- Smart UI → Gestión administrativa → Crear orden clínica → pestaña ENFERMERIA → grupo INDICACIONES ENFERMERIA → seleccionar prestación (ejemplo: electrocardiograma) → cumplimentar formulario de OC y guardar.
- Censo de UCIAS/censo de HOSPITALIZACIÓN/censo de CCEE → BOTÓN: Crear orden clínica → pestaña ENFERMERIA → grupo INDICACIONES ENFERMERIA → seleccionar prestación (ejemplo: electrocardiograma) → cumplimentar formulario de OC y guardar.

🔄 Crear orden: Selección de prestaciones ANGE	es feqdee nseisu					×
Orden						
Ordenante Unidad organiza…♥ H−5A	H-5A	Des	tinatario		<u> </u>	
UO médica ordenante S-CAR	Cardiologia					
Tipos de orden Enfermería Laboratorio Radiología	Pruebas PRE	+ ADM + IQ) Perfiles I.		Selección	
F S Posición de orden clínica	N M B 🕅	4			Órdenes seleccionadas	Unidad
Órdenes posibles		Prestación	Unidad org	Cantid		
Y 💭 🔲 Indicación Médica a Enfermería			T-INF			
Grupo INDICACIONES ENFERMER	IA	GENF	T-INF			



BÚSQUEDA y GESTIÓN:

- Censo de UCIAS/censo de HOSPITALIZACIÓN/censo de CCEE → columna INDICACIONES MÉDICAS PENDIENTES → ICONO naranja con exclamación (sólo informativo de que existen indicaciones pendientes de realizar, no acceso directo).
- \circ Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → OC → indicación médica a enfermería (sólo informativo).



• R	Órdenes C	línicas	8	Diagnósticos 💿 Docu	imentos		
7 Stat	us-Tod. (4) 🔒 🤇	🗗 Tipo de orde	n-Too	d. (4)			
Accione	es Detalles	Fecha	Ŧ	Tipo de orden	Status	Prestaciones	Destinatario
	0-ep	09.10.2017		Indicación Médica a Enfermer	a Confirmada	ELECTROCARDIOGRAMA	Infermeria
	₽ _¢	10.08.2017		Intervenciones IQ urgentes	Inicial	REDUCCIÓ D'HEMORROIDES	UQ Cir. Gen.

- Censo de UCIAS/censo de HOSPITALIZACIÓN/censo de CCEE → BOTÓN: Crear orden clínica Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → pestaña de OC (sólo informativo, no se puede "realizar la indicación").
- \circ Carga de trabajo de enfermería → pestaña de INDICACIONES MÉDICAS → listado (es necesario seleccionar la fila y dar al botón REALIZAR LA INDICACIÓN).



REALIZAR LA INDICACIÓN significa que confirmas que has visto la indicación, pero no constacomo realizada.

El registro en la carga de trabajo o en el formulario que corresponda, es manual.

EJEMPLO 1: indicación médica de CONTROL DE CONSTANTES CADA 8 HORAS.

- 1. Veo indicación y selecciono botón: Realizo la indicación.
- 2. Planifico en mi carga de trabajo la NIC de MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.
- 3. Voy al PLAN DE CUIDADOS y añado la NIC con un ciclo de 3 veces/día (dentro de la carpeta de PROBLEMAS DE COLABORACION-TRATAMIENTOS \rightarrow CONTROL DE CONSTANTES).

EJEMPLO 2: indicación médica de NUTRICIÓN-DIETA (OBSERVACIONES: BASAL).

- 1. Veo indicación y selecciono botón: Realizo la indicación.
- 2. Voy al registro de dietas y CREO DIETA basal.

EJEMPLO 3: indicación médica de ELECTROCARDIOGRAMA.

- 1. Veo indicación y selecciono botón: Realizo la indicación.
- Añado NIC correspondiente en mi carga de trabajo y la valido si hago el ECG al momento, o la planifico cuando corresponda (puntual o con ciclo).
 "ACT: Obtener un ECG de 12 derivaciones según corresponda".

<u>Permisos</u>

OC: Permisos (indicación médica a enfermería)

Los permisos que afecten a horarios de medicación y comidas se solicitan como PERMISOS/PERMISOS PLANIFICADOS mediante los botones PERMISO Y PERMISO CICLADO, siendo éste competencia de los médicos. Los permisos que no afecten a los horarios de medicación y comidas, se solicitan comoINDICACIONES MÉDICAS A ENFERMERÍA y es función del médico.

Una vez creado el Permiso, lo gestiona el servicio de enfermería.

Se visualizan en:

 Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → pestaña ORDENES CLÍNICAS (sólo informativo, no se puede "realizar la indicación")

	er er bannad							
đó	rdenes (linicas	📒 Diagnósticos 🛛 🛃 Doc	umentos				
Status-T	od. (6)	Tipo de order	-Tod. (6) "					
triones	Detalloc	Fecha	z Tipa de orden	Sistes	Prestaciones	Destinataño	_	
*	*	09.10.2017	Indicación Médica a Enfermer	ria Confirmada	SEGURETAT - PERMISOS	Infermeria		
Prestacio	mes							
Prestaci	lón		Fecha/Hora		Indicador		Status prest.	
	STAT DEDU	000	0040.004704-00		1 M 1		Continuada	

 Carga de trabajo de enfermería → caja inferior de INDICACIONES MÉDICAS → listado (es necesario seleccionar la fila y dar al botón REALIZAR LA INDICACIÓN).



○ Censo de PERMISOS (de entrada/de salida) \rightarrow botón PERMISO (POR INDICACIÓN) \rightarrow listado de pacientes con permisos que no afectan a horarios de medicación y comidas.



Indicaciones médicas	6 - 18 mil					
Indicaciones medicas			-	122 12		
sombre paciente	Mot. sol. Estado UOMedisol	UU en.sol.	Fecha de	Hora de	Nombre compieco	Observacion 2 h/mañana y 2 h/maña/Da yannana ha 10h a dami
	5-SERSB	CH-DG-HRZ	26.10.2019	10:42:00		2 n/manana y 2 n/ cardiarder viernes a las 10n a dorm
	S-SERSE	H-SCARL	20.10.2019	10:40:00		Coldes de 26 ser la contente de viernes a borner
	S-SERSB	HOLARI	26.10.2019	10:40:00		Salidas de 2n por la manana y su por la carde, sal
	S-SERGB	H-SCARL	25.10.2019	10:40:00		(- Lunes, marces y vernes: saluas de 16 a ten con
	S-SERGB	H-SCAR2	26,10,2019	10:39:00		Salidas 2 noras por e manana y 2 noras por la car
	S-SERSB	H-SCAN1	26.10.2019	10:36:00		Saldas 3 horas por las mananas y 4 horas por las
	S-SERSB	H-SCAR2	26.10.2019	10:31:00		
	S-SERSB	H-SCAR2	20.10.2019	10:21:00		Saldas 4h por la tarde (siempre que no coincidan
	S-SERSB	H-SCAR2	26.10.2019	10:20:00		Saldas de 2 horas por las mañanas y 2 horas por l
	S-UASB	H-S302	26.10.2019	10:20:00		
	S-SERSB	H-SCAR1	26.10.2019	10:19:08		No salidas./Control de toxicos casa 15 dias./Se pe
	S-SERSB	H-SCAR1	26.10.2019	10:19:00		Permise: 09.10.2019. 9:00h-15:00h/Salidas con su f
	S-SERSB	H-SCAR1	26.10.2019	10:17:00		Puede sair con el EE./Martes y Viernes: 9:30h - 1
	S-SERSB	H-SCAR1	26.10.2019	10:15:00		SIN PERMISOS
	S-UAPE58	H-SCAR1	26.10.2019	10:13:00		Permiso para ir al domicilo de martes 22/10 a las
	S-SERSB	H-SCAR1	22,10,2019	12:48:00		Permises de 1h dianos/mañana y tarda/
	S-SERSB	H-SCAR2	22.10.2019	12:47:00		Fines de semana: jueves 15:00h - Junes 20:00h
	S-SERSB	H-SCAR2	22.10.2019	12:47:00		Permiso de fin de semana: jueves 13h a lunes 20h./
	S-SERSB	H-SCARL	16.10.2019	15:32:52		Medida Judiciał: NO PERMISOS.
	S-SERSB	H-SCAR1	15.10.2019	08:35:00		2 por la mañana y 3h oor la trade./Salidas con fam

Impresión de listado:

• Seleccionando el botón IMPRIMIR INDICACIONES y reordenando el listado por nombre o cama.

	膏 Imp	orimir i	ndicac	iones]		
🖙 SAP							
Como dese	a ordenar el	listado					-
Por non	nbre	Por cama	3				
Parc Sanitari ⊌ Sant Joa	n de Déu						
Nombre paciente	Estado	S. Med	Cama	Fecha	Hora	Profe	esional
· · ·		S-SERSB	SC2-203A	26.10.2019	10:15:00		
Observaciones:SIN PERMISOS		0.05000	000 0000	20.40.2010	40:47:00		
Observasiones/Busels colin con -1 55		S-SERSB	502-203B	20.10.2019	10:17:00		
Martes v Viernes: 9:30h - 12:30h PRELABO	RAI						
Resto de días: 2h por la mañana y 3h por la	tarde si no coinci	den con acti	vidades las	cuales son p	prioritarias.		
Fines de semana: viernes por la tarde (tras a	acabar actividades	s) hasta don	ningo 20h.				
Permiso de miércoles 30/10 a las 10h a don	iingo 03/11 a las 2	20h					
		S-SERSB	SC2-204B	26.10.2019	10:19:00		
Observaciones:No salidas.							
Control de toxicos casa 15 días.							
Se permiten visitas.							
		S-SERSB	SC2-204B	26.10.2019	10:19:00		
Observaciones:Permiso: 09.10.2019. 9:00h Salidas con su familia(hermano, primo,): L	-15:00h unes, Miércoles, 1	Viernes y Do	omingo 17:00)h-19:00h.			
Permisos puntuales a la dentista: 30/10/2019 A las 10:00h Obturació							
6/11/2019 A las 10:15 Obturació							
13/11/2019 A las 10:00 Curetage							
ZUTTIZUTS A las 10:00 Curetage							
Salidas con el equipo terapéutico:							
Martes, Jueves 10:00-11:00 Café al Barri							

Para que el permiso quede reflejado en carga de trabajo, podemos añadir la **NIC: FACILITAR PERMISOS (COD. 7440)** y escribir en ella un texto libre que vuelque al curso evolutivo.

Permisos planificados (no como indicación médica)

Los permisos que afecten a horarios de medicación y comidas se solicitan como PERMISOS/PERMISOS CICLADOS mediante los botones PERMISO y PERMISO CICLADO. Es competencia del médico.

Una vez creado el permiso, lo gestiona el servicio de Enfermería.

≥ Sione			The second secon	Contra La La caracteria a La caracteria a La caracteria	A necession monettons (25 predicts	ine i E mido de ciocomenco
	: vitales 🗋 Nota de evolución HOSP 🖽 Plan Cuida	ados 🔁 Crear do	cumento 👪 Organizer pacien	tes 💰 Lst.doc.p.pcte. 💰 Listat documents 👪 Activid	ad Grupal 🕎 IQ 👔 Smartill 66 Info	imne de evolución 🕼 Registro dietas 🎼
ENE -	Ocupación HOSP De 10 10 2017	7 08·03 Co	n 22 Pacientes			
UO enfer		ocAltHoso Asian	nen, Avisos cli Habit, * Pacier	te Paciente	Alercia UO méd. Profesional	Texto libre del disonóstico
SJD2	Er seelden de doorde episodo o de X		SJD2-200 10000	965 TT DAUZI PEKE (H, 2 d)	S-USASB	
SJD2	Y 💼 Hosp. SM		SJD2-280 40304	5 ZIMTRUOPU RIZEE MAROUAN (H, 23 a)	EL S-UASB	ESQUIZOFRÊNIA PARANOIDE C
SJD2	1. Fuga pacient		SJD2-200 1127	g IMUZI NSEUQ ANGELA (M, 73 a)	E. S-USASB	10
SJD2	Ini P. Fin de s		SJD2-201 10634	96 QOFT LEQVEP MARIA DEL ROSARID (N, 70 a)	S-UASE	
53D2	 Ini P. General 		B. 51D2-202 10000	945 CAGE LUKE (H, 43 a)	5-USA58	
SJD2	 Ini P. Hosp. Ge Ini P. Comp. Com 		SID2-202 11543	09 ROFMAS KAPAA ANTONIO (H, 46 a)	5-UASB	TRASTORN DISTINC
SJD2	· (a) Im P. Orb Cen		SID2-203 44705	2 LURDITI COUB TERESA (N, 77 a)	🔶 S-UASB	ALTRES CAUSES DESCONEGUD
5JD2		啦	5JD2-203 44133	1 FAASQE GIQSASU VERONICA LILIAN (M, 35 a)	5-UASE	TRASTORN D'ADAPTACIÓ AMB
5302			5JD2-204			
SJD2			SJD2-204 21676	0 IFQOIBIMU DIQPUPCIY JOSE (H, 49 a)	S-UASB	
SJD2		- C	SJD2-205 10660	25 LEMBURASU LUQEM MIREYA (M, 43 a)	S-UASB	TRAST ESOUIZOAFECTIU- TIP
5002			5JD2-205 1000	787 REQSEER LEQDET PAULA (M, 20 a)	EJ 5-UASE	
302			SID2-206 38445	2 KUYEMU ZMUBPAAB JUAN (H, 83 a)	EL S-UASB	TRASTORN BIPOLAR NO ESPEC
5JD2			SJD2-207 44703	9 ZUQKU UDITSE VANESA (M, 35 a)	S-UASB	PSICOSI NO ESPECIFICADA
JD2			5JD2-207 1046	76 NUQSUT QELOQIY MARIA JOSE (M, 44 a)	S-UA58	
5JD2			SJD2-208			
SJD2			SID2-208 10992	67 IMEWEIQ FUMBUMAB GIANNI (H, 33 a)	E, S-UASE	ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE D
5JD2			5102-209 36863	9 NEREQORE SSEVIENT ROSA MARIA (M, 36 a)	5-UASB	TRASTORN DEL SON NO ESPEC
5302	0 0		SJD2-209 11648	89 GIOSASI BERVOU PILAR (N. 09 a)	E, S-UASB	PSICOSI NO ESPECIFICADA
SJD2	A CONTRACTOR OF A CONTRACTOR O		SJD2-210			
5JD2	5JD22108		5302-210 42934	1 TIBOKMU BAADUT CLOTEDE (M, 65 a)	E% 5-UAS8	1
5302	5JD2211A		SJD2-211 32170	7 BEZEKMASI LESIT ENCARNACION (M, 63 a)	5-UASB	TRASTORN DEPRESSIU MAJOR
SJD2	SJD22118		SJD2-211 4440-	9 BEQSUTPAEMKE BAUFOECU FUENSANTA (M, 60 a)	C, S-UASB	
			1711/10/			

Se visualiza que el paciente tiene un permiso en el censo de HOSPITALIZACIÓN, dentro de la columna de PERMISOS (sólo informativo, no acceso directo desde el icono).

ENF - P	Ocupació	n HOSP De 10.10.2017 08:21 Con 22 Pacien	ntes						
UO enferr	n" Carra	Blo. AP Stat. alta Salda Doc.Presit DocAtHosp Asiamien. Avisos di Habit	t. * Paciente	Paciente	Alergia U.G. med. Profesional	Texto libre del dagridistico	Permisos 4	Lmovmento	EPC Existeral
5302		SID2	-200 10000965	TT BHRUZI PERE (H, 2 d)	S-USASB		- 浩 - 1	g. Programado	
\$302	\$102200A	5102	2-200 403045	ZIMTRUOPU RIZEE MAROUAN (H, 23 a)	S-UASB F	ESOUIZOFRENIA PARAMONE CRÓNICA	2 1	P. General	
\$302	SJD22008	SID2	-200 112759	IMUZENSEUO ANGELA (M, 73 a)	E, S-USASB		1	a Programado	
5302	75302201A	SID2	-201 1063496	QOIT LEQVEP MARIA DEL ROSARIO (M. 70 a)	S-UASB (-	38 1	raslado U.Hosp	
SJD2	SID2202A	Et SID2	1-202 10000945	CAGE LUKE (HL 43 a)	S-USASB	1	1 1	.g. Programado	
\$302	51022628	5102	-202 1154369	ROFMAS KAPAA ANTONIO (H, 40 a)	S-UASB 1	TRASTORN DISTINIC		1	
\$302	SJD2203A	SID2	1-203 447052	LURDITI COUB TERESA (M, 77 a)	S-UASB (ALTRES CAUSES DESCONEGUDES DE MORBIDITAT	ti (An P. Fin de s	
anne.	10000000			TAXABLE COMPANY OF CALLED AND TAXABLE DECK	The second the second is a second	The strong of a series of the series of the series		and the second state	- T

Su gestión debe hacerse desde el censo de SALIDA DE PERMISOS / REGRESO DE PERMISOS desde la pantalla principal de la ETC.

Saldas de Permitos

En el censo de SALIDAS DE PERMISOS aparecen los pacientes que tienen a fecha de hoy permisos pendientes programados y están en ESTATUS PLANIFICADO.

Si ese paciente sale de permiso, se ha de hacer doble click en la fila del paciente para acceder al permiso en concreto y cambiar el ESTATUS de la salida de planificado a REAL, asegurándome de la fecha y hora de salida correcta en INICIO DE PERMISO.

🔺 🖄 🖡 🗱 Encladar 😤 Imp. Etc. 🗋 Traslate - 🗋 Permeo 🖉 Hacilicar Permeo 🦨 Alta ACH					
🖹 Citas 🛔 Pacientes 🔥 Pers.angn. 🎿 Lata estendes 🖉 Admaxin 🌔 Orden circa. 👹 Gestión Judicales 💐 O	rgunizer pacientes 🔫 Declaración incidencias 👯 Carrixio masivo de	s estado Perruos			
Salidas de Permisos De 10.10.2017 08:58 Con 2 Pacientes					
Comment Original Participation A factor Hara a T TE UCI meter UO enfert. Halat. Can The Dis P. General 10.10.2017 00:00:00 01.12.9909 24:00:00 6 HB 5-05458 Sant Joan de 5002.200	u * MIBI Aldarrier, Anior di Teler Ale Stat, alta Notive mover,	Salda Pacierte 10000965 TT INUZI FERE (H. 2-4)	Obsen. Ondesoral	Fe.admisión Olas 06.10.2017	atm. F Aven
In P. General 30.10.2017 00:26:00 31.12.9999 24:00:00 6 94 5-UASB Sant Joan de 5022-201 520	2201A Halida comuna	1063495 QOIT LEQVER HARDA DEL ROSARDO (H, 70 a	a BABNA, JOSEF	31.01.3557	252 [

Es posible hacer un CAMBIO MASIVO DE ESTATUS DE PERMISO seleccionando los pacientes deseados.

Menú 🔒 🜏 🔚	🔇 🔕 😒 🖶	H M - 10 -	b.b.t. 🛒	🌣 📀 📑	
🖥 🖌 Actuali	zar Permiso PARC:	Pantalla de	datos		
Prestaciones	Detalles 4 Entorno	🖌 🖌 👔 Variant	te		
&r 	ea. stringes stag.				
Permiso					
Datos del permiso)				
Cl.permiso	Ini P. General 🗸 🗸				
1/12 Inicio per.	10.10.2017	🕒 Hora	08:26:00	Status	Real 🗢
1/12 Fin permiso	31.12.9999	🕒 Hora	24:00:00	Status Re	al
Clase regreso	Fin P. General 🗸			Pla	IN ta de espera
<u>Observación</u>				Aus	
Medicación					
Suspende med	icación				
Médicos de tratar	niento				
Prof.autoriz.					

Una vez pasado a REAL:

- o Desaparece el permiso del paciente del censo de SALIDAS DE PERMISOS.
- Aparece el permiso del paciente en el censo de REGRESO DE PERMISOS (hasta que cambiemos el estatus a REAL conforme vuelva el paciente, que desaparecerá).
- En el censo de HOSPITALIZACIÓN cambia el icono del calendario (permiso planificado) a flecha (paciente de permiso real) en la columna de PERMISOS.



Si hay alguna incidencia con los permisos y los estatus, la pantalla de LISTADO DE EPISODIOS nos puede dar información. Desde el censo de hospitalización se accede desde el botón LISTA DE EPISODIOS, y desde el SmartUI desde la acción rápida, RESUMEN DE EPISODIOS.

Aparece la siguiente pantalla:

bz	e MARIA DEL BOS	ARIO	o gori na	(VEP ISOUIOS	Бено	н						CeSa Paro Santa
ie	nte 1063496				rerda	eted 1	203					
2	Anexos A Epi	sodi	0 I	Ti (1.e)	pis.	Cl.ads	nisiòs		Fe.inicio	UO méd.	Fe.final Régimer	econômico
	A Tipo movim.	C1	Fecha	Bora	P DO séa.		to med	CEAL.	Hebit.	Casa	Profesional	
	D 304	0230	126 C 1	utel St	Iscorto	admi 41	0.0.107	-	03.02.2017		04.02.2017 SERVET	CATALA SALUT/COLL
	Administran ung		03.02.17	20:02	URE	1000000	Ing. M	1112			PRODUTE COLUMNERO.	WENCESIAD
	Triale		03.02.17	20/21	URD	Ċ	irg. h	111			PENAJE OUINTERO.	WENCESLAG
	Urgenciad		03.02.17	21:34	URS		Irg. H	R11			PENATE OUINTERO.	WENCESIAO
	Alts Upgencies		04.02.17	03:54	URG	0	leg. k	rtaa			DESATE QUINTERO,	WENCESIAC
	E \$28	28:	(C.)	Set Hosp	italizado	Ing. 1	rogra	mado	31,01,2017		SERVEI	CATALA SALUT (COL)
	Admisión	IB	\$1.01.17	10:50	ARU ME	SB S	1701		SJD1-100	SJD1-100A	UBACH MILANEZ, FR	ANCESCA
	Inicio permise	IC	16.05.17	10:00	SM USA	58 5	101		SJB1-100	SJD1-100A		
	Fin permiso	70	16.05.17	11:00	SM USA	SB S	6JD1		SJD1-100	SJD1-100A		
	Inicio permiso	IC	18.05.17	10:00	SM USA	58 5	JDI		5301-100	5301-100A		
	Fin permise	FC	18,05.17	11100	SM USA	SB S	JDL		SJD1-100	SJE1-100A		
	Traslado	CH	27.06.17	15:58	SM UEA	SB S	1721		SJD1-100	BJD1-100A	UBACH NILANEZ, FR	ANCESCA
	Traglado	TR	04.07.17	19:44	URG	5	TR.G		V. Rápida	BOX02	OBACE NILAMEZ, FU	ANCESCA
	Traslado	-111	18.07.17	11:04	URG		ni.d		V. Répide	BOX62	COMAJORCOSAS CANS	, JORDI
	Tresledo	13	04.09.17	13:05	SM Agut	a (R.G		V. Répide	50X02	MADRE ROLL, MERCH	8
	Traslada	TI	04.08.17	32:00	CM Dente		102		5207-201	5107-1013	DARMA WALLS, JOSE	2
	Inicio permiso	IG	10.10.17	OB:26 1	TugA ME 9	a 3	5002		9302-201	SJE2-201A	and the state of the state of the state	
	Fin navelan	70	81 12 00	24+00 1	SM AMUT		CTT/2		@ TD2_201	5.TD2-2013		

Nos muestra los episodios del paciente. Los actualmente abiertos están desglosados con todos sus movimientos, dándonos la posibilidad de acceder a cada uno de ellos haciendo doble click en ellos.

En los movimientos de permisos, nos da la información de si están planificados y a qué hora o si ya son reales y a qué hora de forma rápida.

- o La P que acompaña a la hora del permiso, nos indica que está PLANIFICADO
- La ausencia de P acompañando a la hora del permiso, nos indica que el movimiento es REAL.

Anexos	A Episod:	lo F	Cl.epis	i.	Cl.admis	sión	Fe.inicio	Fe.final	UO méd.	CatTr	A Régimen económico	
A Tipo mov	im. Cl	Fecha	Hora	P UO 1	méd.	UO méd/trat	: Habit.	Cama	CatTr	T Prof	esional	
G	4000004	421 🗆	Hospita	lizad	o Ingreso		23.02.2017				PA	
Admisión	IN	23.02.1	7 09:23	Tra	uma	H-5A	H-501	H501BR0	01			
Intercon	sulta	02.03.1	7 14:09	Neu	ro					ROME	RO, CESAR	
Inicio p	ermiso IG	04.03.1	7 16:44	Tra	uma	H-5A	H-501	H501BR0	01			
Fin perm	iso FG	31.12.9	9 24:00	P Tra	uma	H-5A	H-501	H501BR0	01			

Puedo acceder a un movimiento de INICIO/FIN DE PERMISO y cambiar el estatus.

Actual	izar Permiso P	ARC: P	antalla de o	latos				
Prestaciones	Detalles 🔺	Entorno	🖌 💼 Variant					
бу.								
Permiso Datos del permiso)							
Cl.permiso	Ini P. General	~						
Inicio per.	10.10.2017		🕒 Hora	08:07:26	Г	Status	Real	•
112 Fin permiso	11.10.2017		(+) Hora	8:00		Status	Plan	~
Clase regreso	Fin P. General	~						_
Observación						Ausenc	ia autorizada	
Medicación								
Suspende med	licación							
Médicos de tratar	niento							
Prof.autoriz.	<u>16495</u> 깇							iii

Puedo cambiar el estatus de forma masiva, seleccionando los permisos en los que quiero cambiar su estatus y voy al BOTON: CAMBIO MASIVO DE ESTADO PERMISOS.

Citas	🄱 Paciente 🔥 Perslasign	. 🔺 Lista e	episodios 🖌	Admisión	") Orde	n dinica	Gestion J	udiciales 🛔	Organize	r pacientes	😼 Declara	tiôn inciden	cus 📲 C	ambio masivo de o	istado Perm	1505		
Regre	sos de Permisos	De 10.1	10.2017	11:10	Con	6 Pac	cientes											
Permisos	s Climovimiento Fecha	Hera	A fecha	Hora a	T TE L	JO méd.	UO enferm.	Habit.	Cama	MtBI Alslar	ien. Avisos	di TPlan AP	Stat. alt	a Motivo movimien	to	Salida Paciente	Padente	Observ. Profe
*	Fin P. General 31.12.999	9 24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7 HB 9	-USASB	Sant Joan de	SJD2-200	F.							10000965	TT IMUZI PEKE (H, 2 d)	
*	Fin P. General 11.10.201	7 08:00:00	31.12.9999	24:00:00	7 SM 5	I-UASB	Sant Joan de	5102-200	5102208	8						403045	ZINTRUOPU RIZEE MAROUAN (H, 23 a	A RODA
3	Fin P. General 31.12.999	9.24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7 SH 5	HUSASB	Sant Joan de	53D2-200	53022006	Ð				Malatia comu/De	riv. mědica	112759	IMUZI NSEUQ ANGELA (M, 73 a)	
¥	Fin P. General 31.12.999	9 24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7 SN 5	I-UASB	Sant Joan de	<u>5302-204</u>	5102204	8				Atres/Propla inic	at	216780	IFQOIBINU DIQPUPCIY JOSE (H, 49 a)	PLAN
*	Fin P. General 31.12.999	9 24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7 SM 5	HUASB	Sant Joan de	SJD2-205	<u>5302205</u>	8				Malatia comu/De	riv. médica	1066025	LENBUPASU LUQEM MIREYA (N, 43 a)	PLAN
÷	Fin P. General 31.12.999	9 24:00:00	31.12,9999	24:00:00	7 HO 5	HUASB	Sanc Joan de	SJD2-285	53022058							10000787	REQSEER LEQUIT PAULA (N, 20 a)	BANU
							6 Cor	tiur estad Vala realiz permisos	o ar un camb ¿Es correct	to?	estado de							

Si el paciente no se ha ido de permiso, se debe ANULAR dicho permiso para que no conste como planificado.

Dentro del propio permiso, en el BOTÓN MENÚ \rightarrow PERMISO \rightarrow ANULAR \rightarrow motivo de anulación \rightarrow ACEPTAR.

El permiso desaparece (del listado de episodios, del censo de salidas y del de regresos)

	Per <u>m</u> iso <u>T</u> ratar <u>P</u> asar a	• • •		<u>O</u> tro objeto Ot <u>r</u> a variante Ac <u>t</u> ualizar		Shift+F5 Shift+F7 Shift+F9				
Pres	<u>O</u> pciones <u>S</u> istema <u>A</u> yuda	> >		<u>C</u> rear paciente <u>A</u> ctualizar <u>V</u> isualizar				47		
Permiso Datos del p	ermiso			V <u>i</u> sualizar <-> Actu <u>G</u> rabar Búsq <u>u</u> eda	ıalizar	Shift+F4 Ctrl+S	•			
Cl.permiso	In	i P. General		A <u>n</u> ular						
Inicio p	er. 10	.10.2017		<u>F</u> inalizar		Shift+F3		tus	Plan	~
1 Fin pen	miso 31	.12.9999		🕒 Hora	24:00:00		Sta	tus	Plan	~
Clase regre	so Fi	n P. General	~							
Observació	n			-				Ausend	ia autorizad	a

La gestión de los **PERMISOS CICLADOS** se realiza de la misma manera que un permiso puntual, con la diferencia de que puedo acceder a un listado de permisos ciclados para poder visualizar los mismos.

Censo de HOSPITALIZACIÓN \rightarrow selecciono fila del paciente \rightarrow botón PERMISO CICLADO

Man 1 O IS			8																
Definición Cic	dos Permisos																		
8 1 7	H T - E -	- 0. F C. 🖪 🔟	Crear	Ciclo / Mo	st. Ocio 📢	9 Pau	san/Con	itinus	ar C	Rnak	zar cicio 🛋 🖡	lostrar Histori	co						
E Odo	Movim Paciente	Nombre Par	cience	Episodio	Tipo Per.	Lu P	ta Mi	30 1	VI Sé	Do F	echa tri 0	Hora Salida	Fecha Fiti Q	Hora Regre	Duración(d),	Médico Aut.	Estado	Fecha útim	Usuanto úl
000000062	1 0001154369	ANTONIO ROFMAS KA	APAA 00	000053914	15	X	XX	X	XX	X	14.05.2017	09:30:00	31.12.9999	19:30:00	(0000012142	ACTIVO	14.05.2017	STE
0000000498	1 0001154369	ANTONIO ROFMAS K	APAA 00	300053914	K	8	x				10.10.2017	10:00:30	31.12.9999	10:00:02	1	0000012142	ACT3V0	10.10.2017	RATKE.P

Desde este listado el médico puede PAUSAR, CONTINUAR, MODIFICAR y hasta ANULAR ciclos.

Su gestión por parte de enfermería (cambiar estatus y anular) se realiza como se ha explicado más arriba.

Prestaciones	Detalles		/ariante			
g Jerv.	ricu. SM Aquis	nag. Anulación permiso de :	10.10.2017 08:26:00	×		
Permiso Datos del permiso	, 2	¿Desea que el per se anule realment	rmiso e?			
Cl.permiso The Inicio per. The Fin permiso Clase regreso Observación	Ini P. Ge 10.10.2 31.12.9 Fin P. Ge	Mot.anulación Sí	Ausente terap Cambio de activ Derivado otro c Error Estructural		Status Status	Plan V Plan V
Medicación	licación		EXICUS Inasist. Justif Motivo Administ Motivo médico No presentado Salida del grup			
Prof.autoriz.	16495	PEIRO BARBOSA, I	Solicitud pacie			

APP profesionales

Descarga y accece a la APP:

- ✓ Acceder a la app en la dirección "app.pssjd.org".
- ✓ Abrir la app y entrar en el "Àrea professionals".

SJD Parc Sanitari Sant Joan de Déu	[8] ≡
Qui som?	Contacte
Trámits en línia Perc Sanitari SJD	Temps d'espera a urgències
Pota fer consultes L'gestions a Tespal digital	La meva /Salut
Coronavirus Informació actualitzada	03
Àrea professionais	
Més notícies	Tot axió I més a

✓ Introducir Usuari y Clau d'accés (mismos datos que en el acceso a HCI-SAP).

(&) =
el Parc Sanitari Sant
Recorda m

- ✓ Una vez entramos en la app, clicaremos en la sección APP Clínica.
- ✓ Se abrirá el Cercador de pacientes.



✓ Podemos buscar por nombre, número de Historia Clínica o leyendo el código de barras de la pulsera del paciente a través de la cámara del dispositivo.

JD Parc Sanitari Sant Joan de Déu	8 ≡
Cercador de pacients	*
Nom o història clínica del pacient	

Una vez encontrado el paciente, accedemos a una pantalla con diferentes funciones, actualmente hay cuatro:

- I. UBICACIÓN DEL PACIENTE: para saber dónde se encuentra el paciente.
- II. CURS CLINIC: para añadir una entrada en el curso clínico del paciente o simplemente visualizarlo (pacientes con episodio de hospitalización).
- III. ESCALES: para registrar la escala EVA, BARTHEL, BRADEN, DOWNTON Y PFEIFFER.
- IV. SEGUIMENT FERIDES: para registrar heridas del paciente y adjuntar las imágenes de la misma.

