MANUAL DE USUARIO UROSOFT

COPIA CONTROLADA

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION 6
2. OBJETIVOS 6
3. ALCANCE 7
4. DEFINICIONES 7
5. NORMATIVIDAD 7
6. RESPONSABLES 8
7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO 8
7.1. Generalidades 8
7.2. Admisiones 12
7.3. Triage 17
7.4. Auxiliar de enfermería 20
7.4.1. Signos vitales 22
7.4.2. Medicamentos pacientes 23
7.4.3. Devoluciones 24
7.4.4. Insumos 24
7.4.5. Controles programados 25
7.4.6. Glucometrías 25
7.4.7. Ingresar datos 26
7.4.8. Notas de enfermería 26
7.4.9. Signos Vitales 27
7.4.10. Plan Terapéutico 28
7.4.11. Control Neurológico 28
7.4.12. Verificación de Piel 29
7.4.13. Valoración Ulceras 29
7.4.14. Transfusión Sanguínea 30
7.4.15. Escala Riesgos Caídas 31
7.4.16. Alerta de Seguridad 32
7.4.17. Registro de Oxigeno 32
7.4.18. Código Azul 32
7.4.19. Consentimientos 33
7.4.20. Vacunación 33
7.5. Seguridad del paciente 34
7.5.1. CVP (Catéter Venoso Periférico) 34
7.6. Jefe de enfermeria 36
7.6.1. Atención de pacientes 36
7.6.2. Signos vitales 37
7.6.3. Medicamentos pacientes 38
7.6.4. Solicitar insumos 39
7.6.5. Devoluciones 41
7.6.6. Glucometrías 42
7.6.7. Autorizar orden de servicio 43
7.6.8. Reserva de camas 45
7.6.9. Dietas 46
7.6.10. Registro control post parto 48
7.6.11. Balance de líquidos 49
7.6.12. Notas de enfermeria 53

COPIA CONTROLADA

7.6.13. Signos Vitales ... 54
7.6.14. Plan Terapéutico ... 55
7.6.15. Control Neurológico ... 55
7.6.16. Verificación de Piel ... 56
7.6.17. Valoración Ulceras ... 56
7.6.18. Transfusión Sanguínea ... 57
7.6.19. Escala riesgos caídas ... 58
7.6.20. Alerta de Seguridad ... 59
7.6.21. Registro de Oxigeno ... 59
7.6.22. Código Azul ... 59
7.6.23. Consentimientos ... 60
7.6.24. Vacunación ... 60
7.6.25. Clínica de Heridas ... 61
7.6.26. Seguridad del paciente ... 61
7.6.27. Trasladar pacientes entre estaciones ... 62
7.6.28. Traslado de pacientes a cirugía ... 63
7.6.29. recepción de pacientes QX ... 64
7.6.30. Salida de pacientes de cirugia y regresar a la estacion origen ... 65
7.6.31. Salida del paciente ... 66
7.7. Médicos generales y especialistas ... 68
7.7.1. Modulo atención de pacientes. ... 68
7.7.2. Datos Adicionales Del Paciente. ... 72
7.7.3. Reporte Triage ... 72
7.7.4. Motivo de la Consulta ... 72
7.7.5. Conciliación Medicamentos ... 73
7.7.6. Antecedentes Familiares ... 73
7.7.7. Antecedentes Personales ... 74
7.7.8. Antecedentes Gineco-Obstétricos ... 74
7.7.9. Signos Vitales Generales ... 75
7.7.10. Revisión por Sistema ... 75
7.7.11. Índice de Trauma Revisado ITR ... 76
7.7.12. Examen Físico ... 76
7.7.13. Paraclínicos ... 76
7.7.14. Lectura de Apoyos Diagnósticos ... 77
7.7.15. Análisis de ingreso ... 77
7.7.16. Verificación de la Piel ... 78
7.7.17. Valoración Úlceras ... 78
7.7.18. Reclasificación Triage ... 79
7.7.19. Impresión Diagnostica. ... 79
7.7.20. Riesgo de Caídas ... 80
7.7.21. Origen de Atención ... 81
7.7.22. Finalidad Atención. ... 81
7.7.23. Paraclínicos Texto ... 81
7.7.24. Código Azul ... 82
7.7.25. Consentimientos No Quirúrgicos. ... 82
7.7.26. Partograma ... 83
7.7.27. Alerta De Seguridad ... 83
7.7.28. Solicitud Patología ... 84
7.7.29. Formulación Medicamentos Hospitalarios ... 85

COPIA CONTROLADA

7.7.30. Controles Pacientes ... 85
7.7.31. Orden de oxigenoterapia ... 86
7.7.32. Plan Terapéutico ... 86
7.7.33. Solicitud Interconsulta. ... 87
7.7.34. Solicitud De Apoyos Diagnósticos ... 87
7.7.35. Solicitud De Procedimientos Quirúrgicos ... 87
7.7.36. Solicitud De Procedimientos No Quirúrgicos ... 89
7.7.37. Generación de Incapacidades ... 89
7.7.38. Solicitud de Reserva de Sangre ... 89
7.7.39. Formulación insumos ambulatorios ... 90
7.7.40. Plan Terapéutico Psicología ... 90
7.7.41. Diagnóstico de Egreso RIPS ... 91
7.7.42. Cumplimientos Procedimientos Realizados ... 91
7.7.43. Evolución. ... 92
7.7.44. Submenú clínica de heridas ... 92
7.7.45. submenú egreso ... 93
7.7.46. Consentimientos ... 94
7.7.47. Remisiones Referencia ... 94
7.7.48. Recomendaciones Médicas ... 94
7.7.49. Epicrisis ... 95
7.7.50. submenú notas terapeutas ... 95
7.8. Atención interconsultas ... 98
7.8.1. Modulo atención interconsultas. ... 98
7.8.2. Atención interconsultas ... 99
7.9. Atención interconsultas - profesional de apoyo ... 102
7.9.1. Modulo atención interconsultas. ... 102
7.9.2. Atención interconsultas ... 103
7.10. Profesionales terapeutas ... 107
7.10.1. Notas de terapia ... 109
7.11. Atención agenda medica-servicios ambulatorios ... 112
7.11.1. Modulo agenda medica ... 112
7.11.2. Atención consultas ... 113
7.11.3. Motivo de consulta ... 114
7.11.4. Antecedentes medicamentos ... 115
7.11.5. Antecedentes familiares ... 115
7.11.6. Antecedentes personales ... 116
7.11.7. Antecedentes gineco-obstetrico ... 116
7.11.8. Signos vitales ... 117
7.11.9. Revision por sistema ... 117
7.11.10. Examen fisico ... 118
7.11.11. Resultado paraclinicos ... 118
7.11.12. Resultado de paraclinicos valores ... 119
7.11.13. Lectura de apoyos diagnosticos ... 119
7.11.14. Diagnostico ... 120
7.11.15. Finalidad de la atención ... 120
7.11.16. Origen de la atención ... 121
7.11.17. Valoración psicología ... 121
7.11.18. Consentimientos no quirúrgicos ... 121
7.11.19. Ordenes medicas ... 122

COPIA CONTROLADA

7.11.20. Formulación ambulatoria 122
7.11.21. Solicitud apoyos diagnósticos 123
7.11.22. Generación de incapacidad medica 124
7.11.23. Solicitud patología 125
7.11.24. Reserva de sangre 125
7.11.25. Insumos ambulatorios 126
7.11.26. Ordenes medicas 126
7.11.27. Indicaciones médicas y educación al paciente 127
7.11.28. Diagnóstico de egreso 127
7.12. Despacho de medicamentos 128
7.12.1. Solicitudes 129
7.12.2. Despachos sin confirmar 131
7.12.3. Devolución por confirmar 132
7.12.4. Control de no pos 133
7.12.5. Saldo 0 no PBS 134
7.13. Canasta cirugía 135
7.13.1. Seleccion paquete 136
7.13.2. Seleccion producto 137
7.13.3. Despachar 137
7.13.4. Devolución 139
7.13.5. Imprimir despacho 139
7.14. Modulo no PBS 140
7.14.1. Consultar - medicamento no PBS 140
7.14.2. Editar por prescripción 142
7.14.3. Editar por facturación 142
7.14.4. Editar por auditor 143
7.14.5. Editar por referencia 143
7.14.6. Archivo adjunto no PBS 144
7.14.7. Eliminar 145
7.14.8. No PBS - pendientes por prescripción 145
7.14.9. Reporte - no PBS 146

COPIA CONTROLADA

.

1. INTRODUCCION

Este manual ha sido creado con el objetivo de brindar a los diversos usuarios del área asistencial, las herramientas necesarias para realizar un correcto diligenciamiento de la información en UROSOFT, teniendo en cuenta los diferentes módulos y perfiles que conforman esta importante plataforma.

Entendemos la importancia crucial de una gestión eficiente de la información en el ámbito asistencial, por lo cual UROSOFT ha sido diseñado para facilitar este proceso. En el presente manual, encontrará instrucciones detalladas y claras sobre cómo utilizar cada uno de los módulos disponibles en el aplicativo UROSOFT, según el perfil o rol asignado a su función dentro del hospital.

Nuestro objetivo es que pueda aprovechar al máximo las funcionalidades que ofrece UROSOFT, optimizando sus tareas diarias y contribuyendo a la mejora de la atención médica en el Hospital de Alta Complejidad del Putumayo. A lo largo de este manual, encontrará explicaciones del paso a paso sobre cómo acceder al sistema, ingresar y actualizar la información relevante a su área de trabajo, y realizar consultas que le permitirán obtener datos valiosos en tiempo real.

Hemos estructurado este manual de manera organizada, de modo que los usuarios puedan encontrar rápidamente la información que necesitan. Además, de incluir ejemplos prácticos y casos de uso que les ayudarán a comprender cómo aplicar eficazmente el aplicativo UROSOFT de acuerdo a su entorno laboral.

Sabemos que, como usuario, es posible que surjan dudas o inquietudes durante su experiencia con UROSOFT. Por ello, nuestro equipo de soporte técnico está a su disposición para brindarle asistencia y resolver cualquier consulta que se presente. Su satisfacción y éxito al utilizar UROSOFT son nuestra prioridad.

Agradecemos su compromiso y colaboración en la implementación exitosa de UROSOFT en el Hospital de Alta Complejidad del Putumayo. Estamos seguros de que este manual será una herramienta valiosa para los usuarios y contribuirá al mejor dominio de UROSOFT, facilitando así la sistematización de las actividades.

2. OBJETIVOS

GENERAL

Servir de guía al personal asistencial del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo, respecto al uso del sistema de información institucional - UROSOFT.

COPIA CONTROLADA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indicar el correcto procedimiento de ingreso de información en los diferentes módulos, para el personal asistencial del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo, en el aplicativo UROSOFT.
- Dar a conocer los distintos módulos que componen el sistema de información UROSOFT.

3. ALCANCE

Dirigido a todos los colaboradores de los servicios asistenciales del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo S.A.S.,

4. DEFINICIONES

AMBIENTE WEB: Hace referencia a un ambiente de ejecución de programas o servicios en el marco de la web en general.

HISTORIA CLÍNICA: Recopilación de la información médica de un paciente en formato digital, el cual se almacena en una computadora.

MOZILLA FIREFOX: Es un navegador web desarrollado por la Fundación Mozilla.

NAVEGADOR: Programa que permite ver la información que contiene una página web.

SOFTWARE: Programa informático que hace posible la ejecución de tareas específicas dentro de un computador.

UROSOFT: Software institucional del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo.

5. NORMATIVIDAD

Ley23 de 1981: –art. 34. Historia Clínica. Registro Obligatorio

Decreto 3380 de 1981: Secreto Profesional.

Decreto526 de 1975: Autoriza al Min salud para solicitar y obtener los datos que se requieran para el SNS.

Decreto 780 de 2016: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

Res. 3881de 1975: Manual de normas y procedimientos de registros médicos (HC y registros secundarios)

COPIA CONTROLADA

Res. 1995 de 1999: Normas relacionadas con diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las Historias Clínicas.

Res. 1439 de 2002: Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

Res. 1441 de 2013: Estándares de habilitación, Registros asistenciales.

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripciones de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Circular 0015 de 2003: Estándar de Historias Clínicas y Registros

Circular 012 de 1993: SNS. Obligatoriedad de HC.

6. RESPONSABLES

LÍDER DE SOFTWARE: Responsable de administrar los diferentes aplicativos del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo y dar alcance a cada uno de los funcionarios que los utilizarán.

INGENIERO DE SOFTWARE: Responsable de prestar soporte técnico al personal que utiliza los diferentes aplicativos.

AUXILIAR DE SOFTWARE: Prestar apoyo en el desarrollo de las actividades propias del área.

COLABORADORES: Responsables de dar buen uso al sistema de información institucional UROSOFT, para el desarrollo de sus actividades.

7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

7.1. Generalidades

El aplicativo UROSOFT, es un software que funciona en ambiente web, es decir, requiere un navegador para su uso; en este caso el que se debe utilizar es Mozilla Firefox.

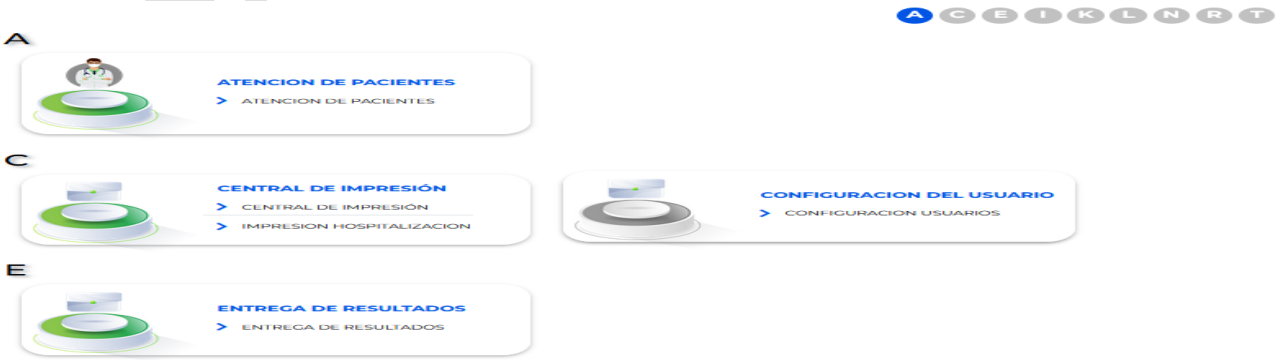
Para ingresar al aplicativo, se debe hacer uso del usuario asignado por el área de software, el cual se compone de *PRIMERNOMBRE.PRIMERAPELLIDO*, o el que el funcionario le

COPIA CONTROLADA

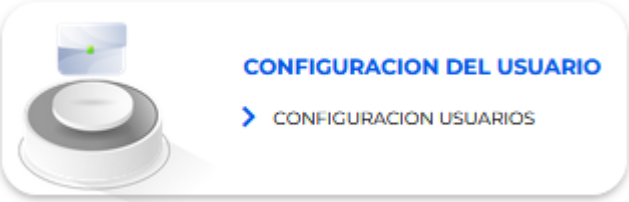
indique en el momento de la creación del usuario. La contraseña con la que se ingresará la primera vez será ***siis***, posteriormente se deberá realizar el respectivo cambio.

Una vez se ingrese al sistema, en la parte superior derecha, encontrará tres iconos de los cuales deberá dar clic en el de color azul, el que permitirá el acceso a los diferentes módulos.

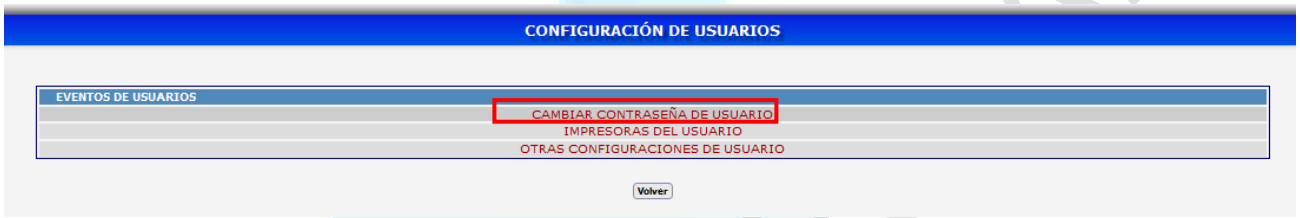
De acuerdo con el perfil asignado, se desplegarán las distintas opciones al cual tendrá acceso. Ejemplo: perfil Auxiliar de Enfermería:



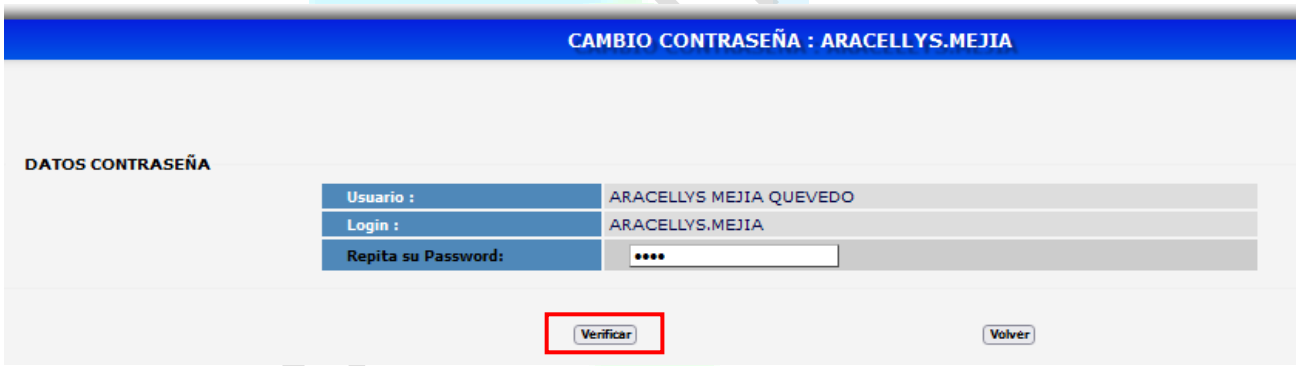
El cambio de contraseña se realiza por el módulo CONFIGURACION DEL USUARIO



Al ingresar por CONFIGURACION USUARIOS, podemos encontrar la opción que permtirá realizar este cambio. Haga clic en CAMBIAR CONTRASEÑA DE USUARIO

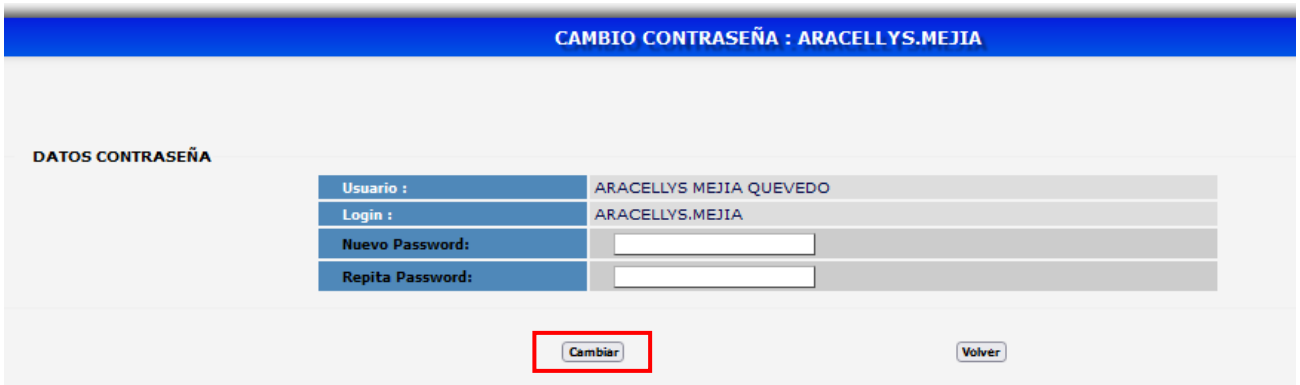


Se mostrará una pantalla donde se debe escribir la contraseña actual y posteriormente hacer clic en VERIFICAR

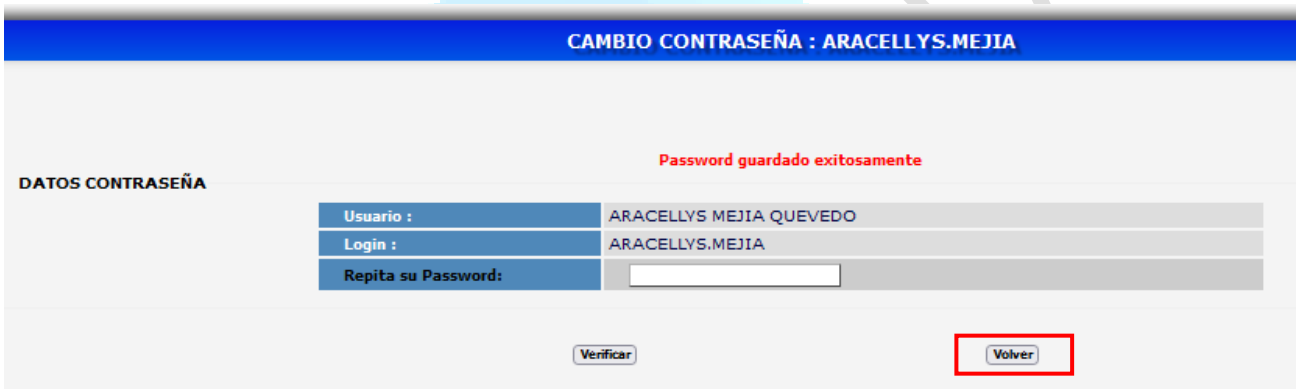


Luego, se deberá digitar la nueva clave de acceso, su confirmación y se da clic en CAMBIAR

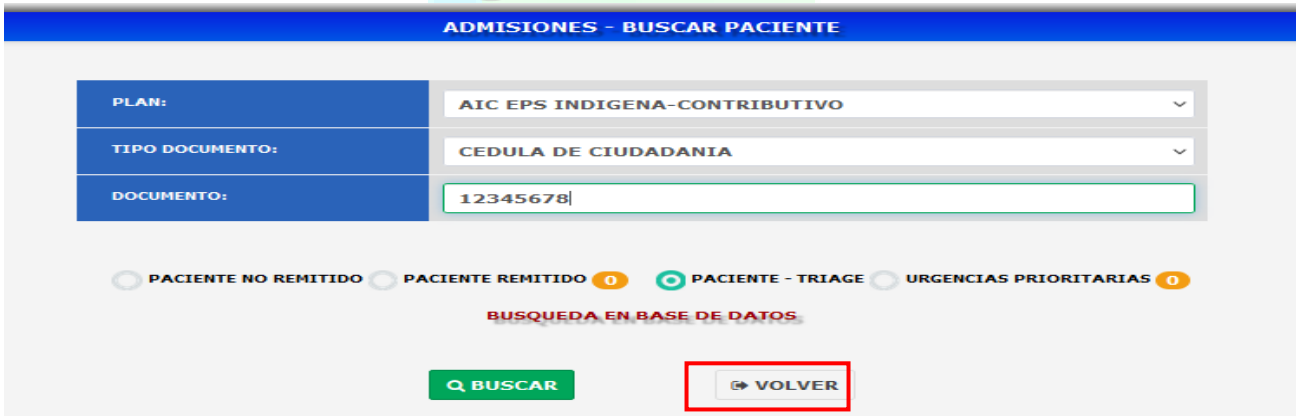
COPIA NO CONTROLADA



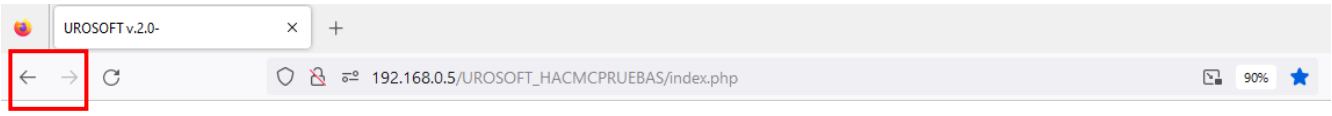
Finalmente, el sistema indicará que el cambio se realizó satisfactoriamente. De clic en volver.



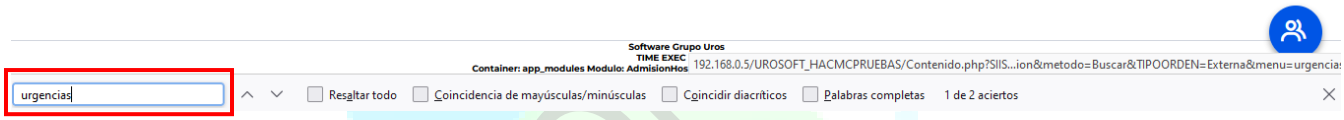
Dentro del aplicativo es muy importante tener en cuenta que para devolverse al menú o a la pantalla anterior, se debe hacer uso de la opción destinada para ello, es decir, el botón **VOLVER** o el botón **MENÚ.**



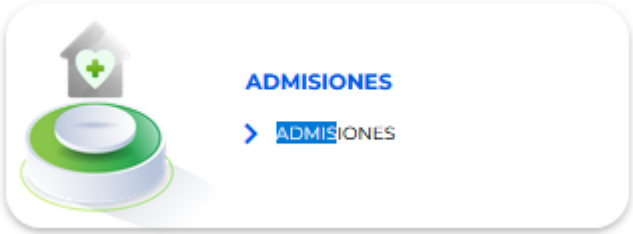
En ningún caso se debe usar el botón del navegador para realizar dicha acción



También puede hacer uso de una funcionalidad que trae el navegador; pulsando CTRL F, se abre una opción en la parte inferior izquierda de la pantalla para realizar búsquedas dentro de la página, esto permitirá encontrar algún dato de manera rápida.



7.2. Admisiones

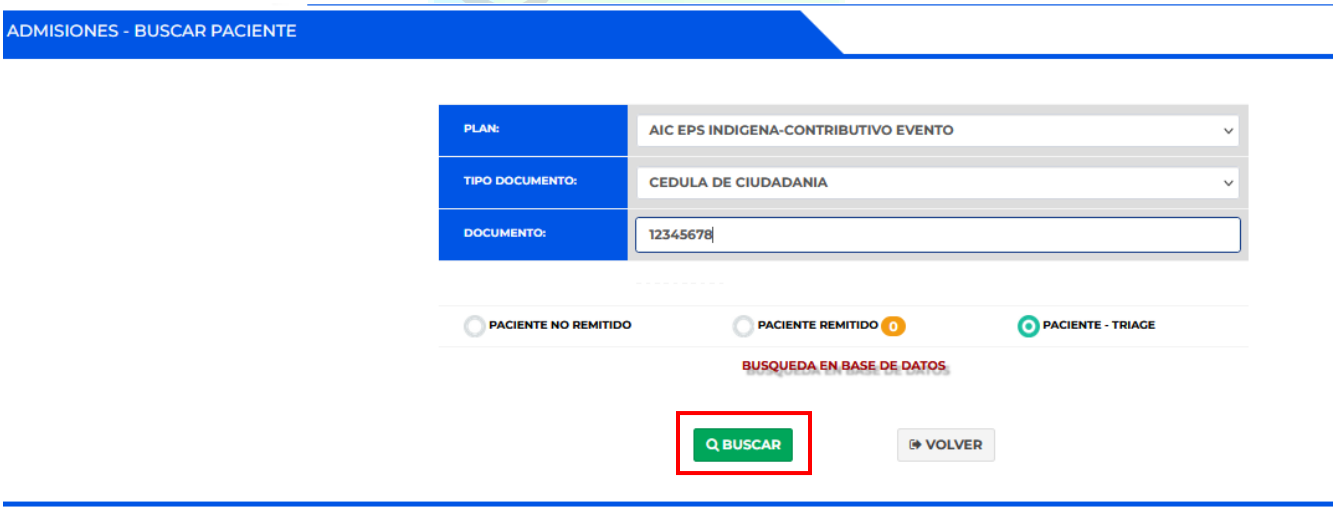


Este módulo permitirá al admisionista, realizar el ingreso al aplicativo UROSOFT, de los pacientes que requieran el servicio de urgencias en el Hospital de Alta Complejidad del Magadelena Centro.

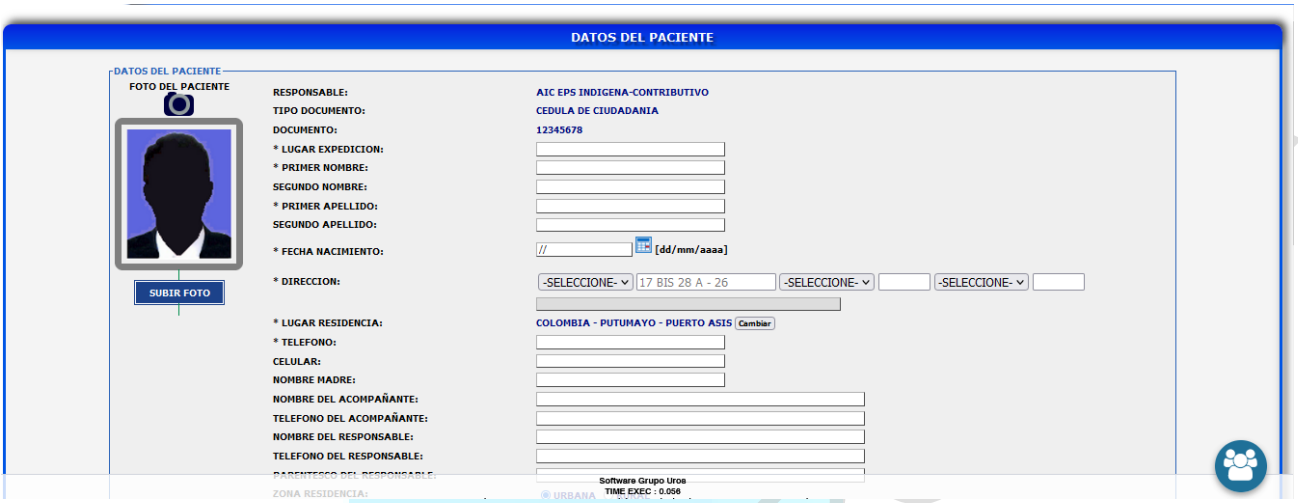
Para ingresar, haga clic en la opción ADMISION URGENCIAS

Posteriormente, haga clic en la opción ATENCION URGENCIAS

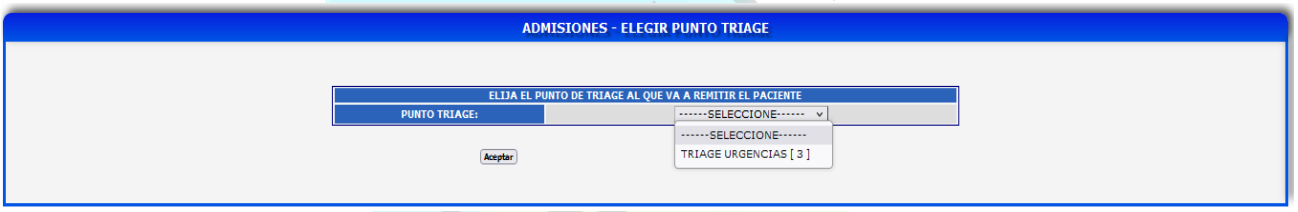
Seleccione el plan, tipo de documento, número de documento y el tipo de ingreso del paciente que se va a admisionar, luego haga clic en BUSCAR.



El sistema realizará la búsqueda del paciente; si lo encuentra, mostrará los datos personales registrados y se le solicitará la actualización de la *dirección* y los *datos de afiliación*. Si no lo encuentra, se deberá diligenciar todos los datos.



Una vez seleccionado el paciente, se deberá elegir el punto triage al cual se enviará



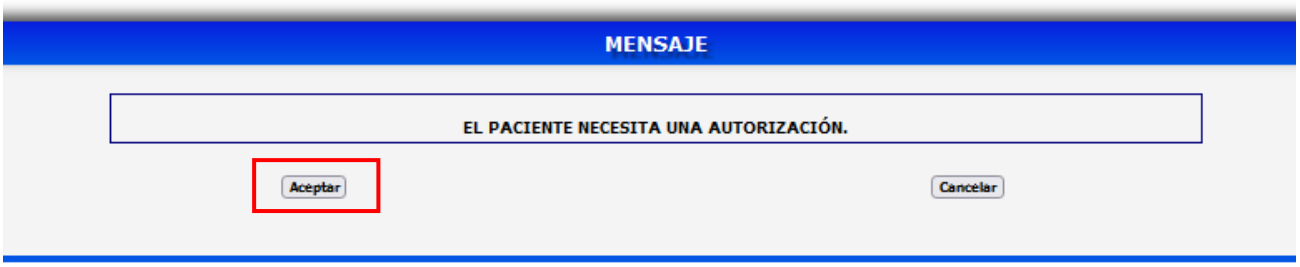
Posteriormente, el profesional asignado a esta labor, realizará la atención para luego continuar con la admisión a la Estación (consultorio de urgencias) correspondiente.

Una vez realizado el Triage, se procede a admitir al paciente; en este caso se debe ingresar por la opción PACIENTES CLASIFICADOS PENDIENTES POR ADMITIR

Aquí se mostrará el listado de pacientes a los que se les diligenció el triage y están pendientes de admitir

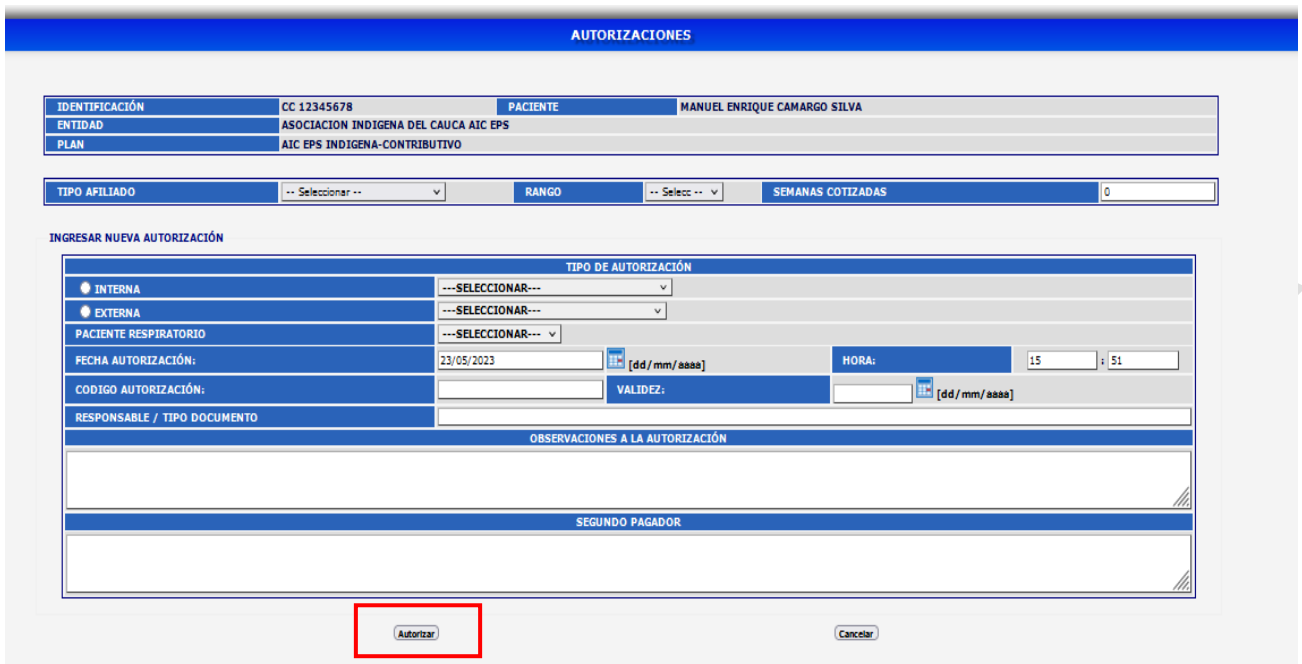
Se ubica al paciente y se da clic en la opción de ADMITIR. Si se decide no continuar con el ingreso, se da clic en SACAR.

Para continuar con la admisión, el sistema solicitará la autorización del servicio. Haga clic en ACEPTAR

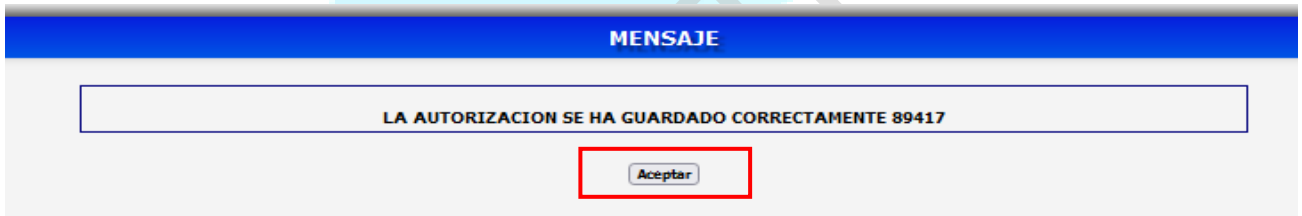


Se diligencian los campos correspondientes y se finaliza dando clic en AUTORIZAR

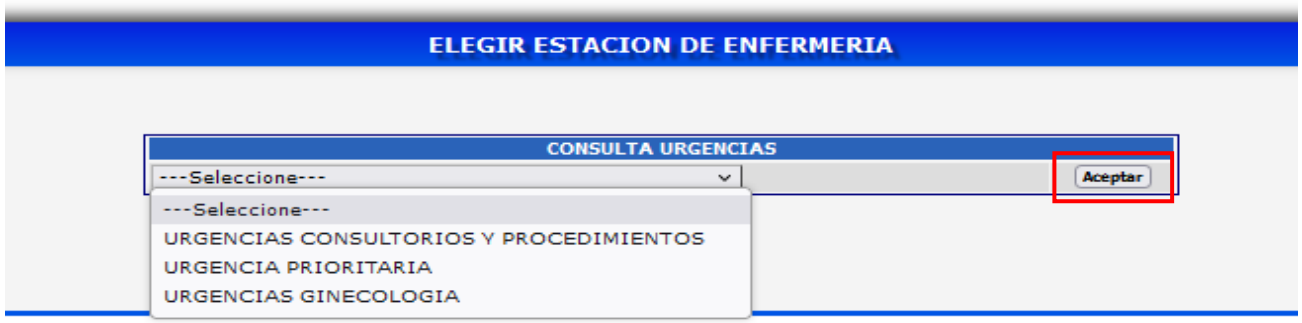
COPIA CONTROLADA



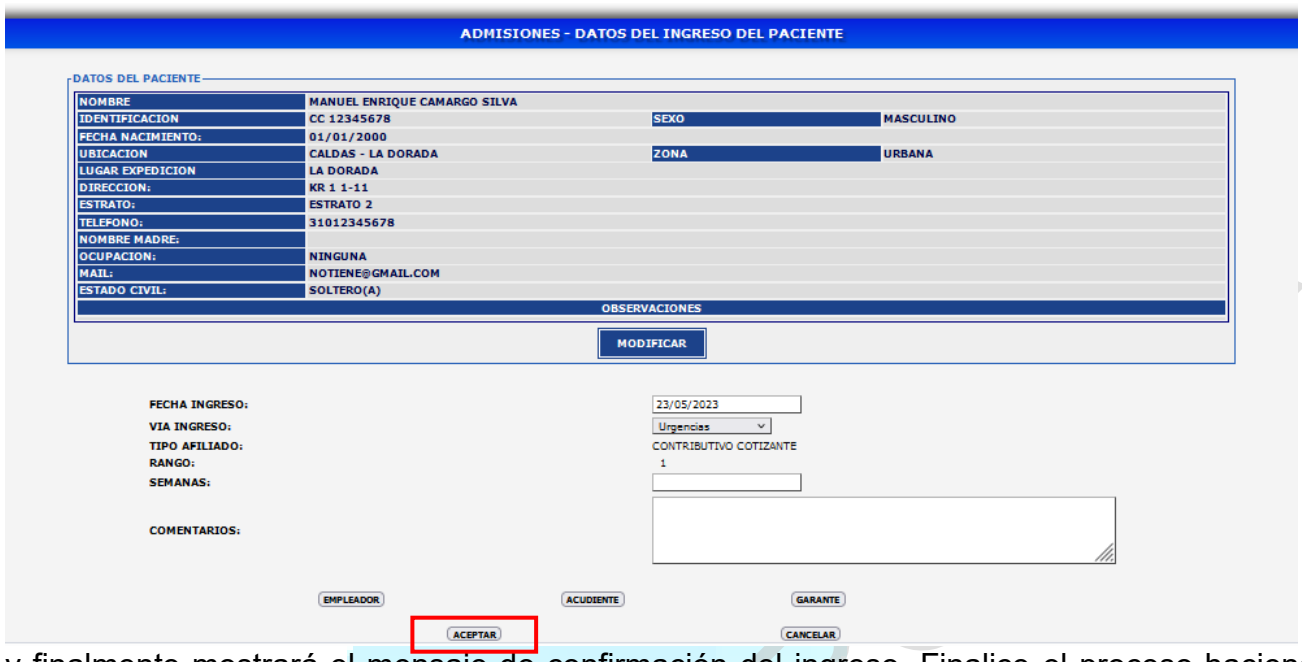
El sistema indicará que se guardó correctamente. Haga clic en ACEPTAR.



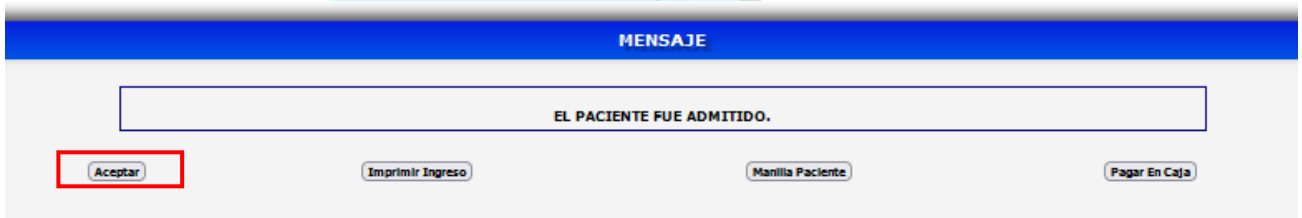
Posteiormente se deberá elegir la estación de enfermería a dónde será admitido el paciente. Seleccione y de clic en ACEPTAR.



Una vez seleccionada, se muestra una pantalla con información relacionada a la admisión. Haga clic en ACEPTAR



y finalmente mostrará el mensaje de confirmación del ingreso. Finalice el proceso haciendo clic en ACEPTAR.

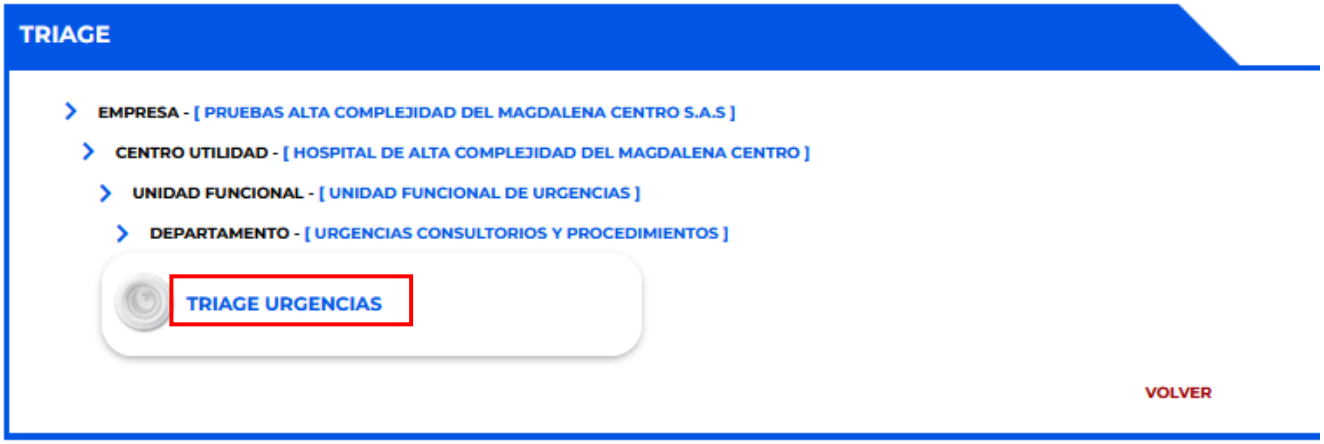


7.3. Triage

T

Este módulo permitirá al profesional en salud, realizar el Triage a los pacientes ingresados.

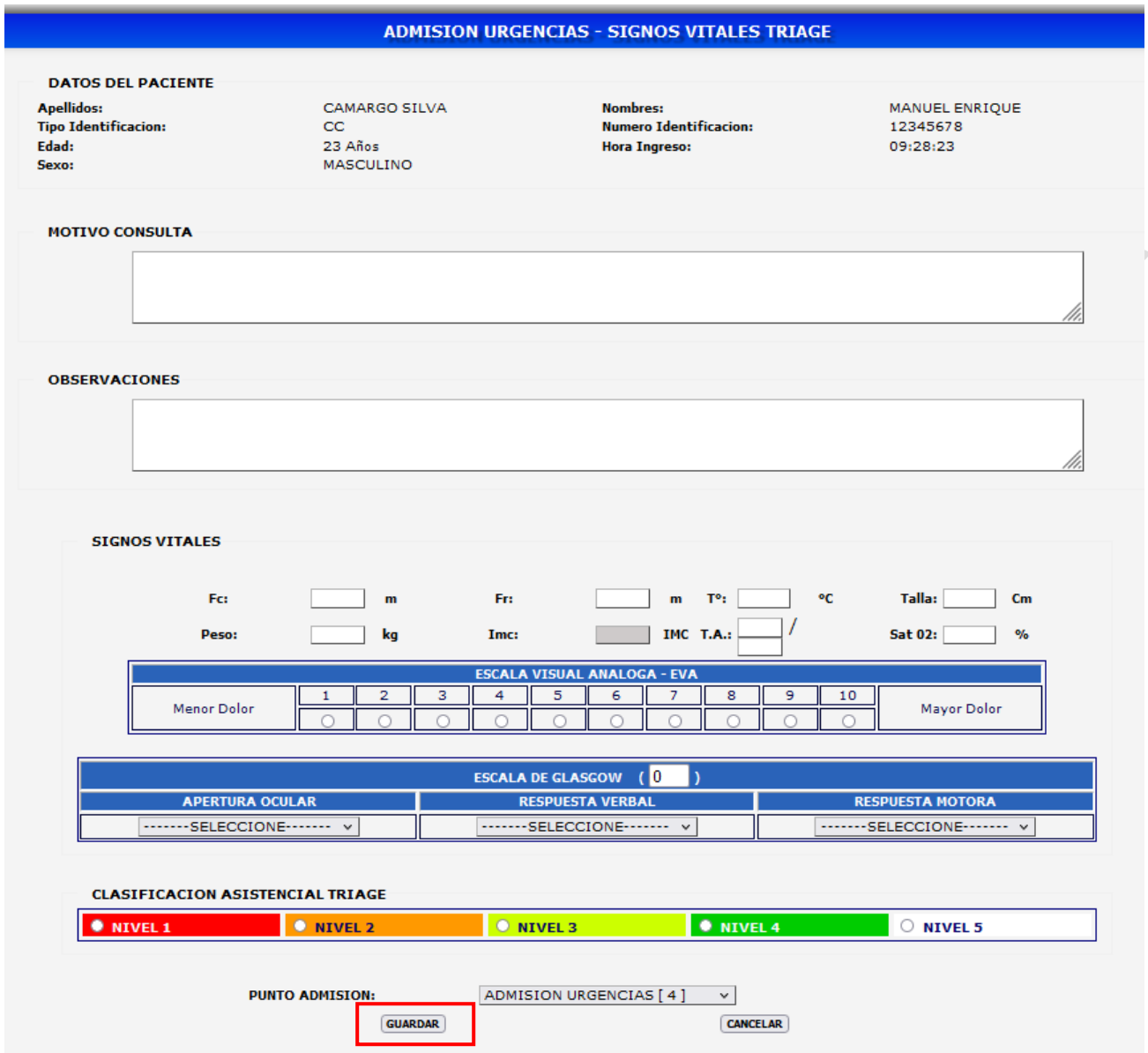
Para ingresar, haga clic en la opción TRIAGE URGENCIAS



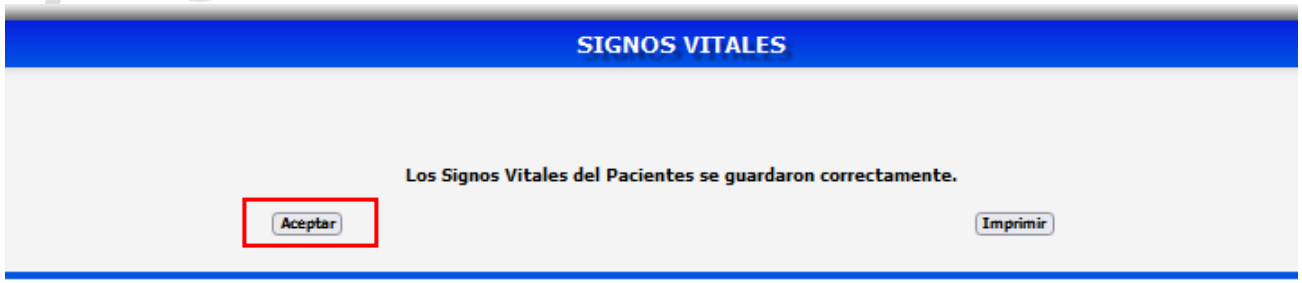
Posteriormente, haga clic en la opción LISTADO PACIENTES POR CLASIFICAR TRIAGE

El sistema mostrará el listado de pacientes pendiente por clasificar

Ubicando el paciente y haciendo clic en la opción de SIGNOS VITALES



Se procede a diligenciar los datos de la atención y se finaliza con GUARDAR. Una vez realizado el anterior proceso el sistema indicará que los signos vitales se guardaron correctamente

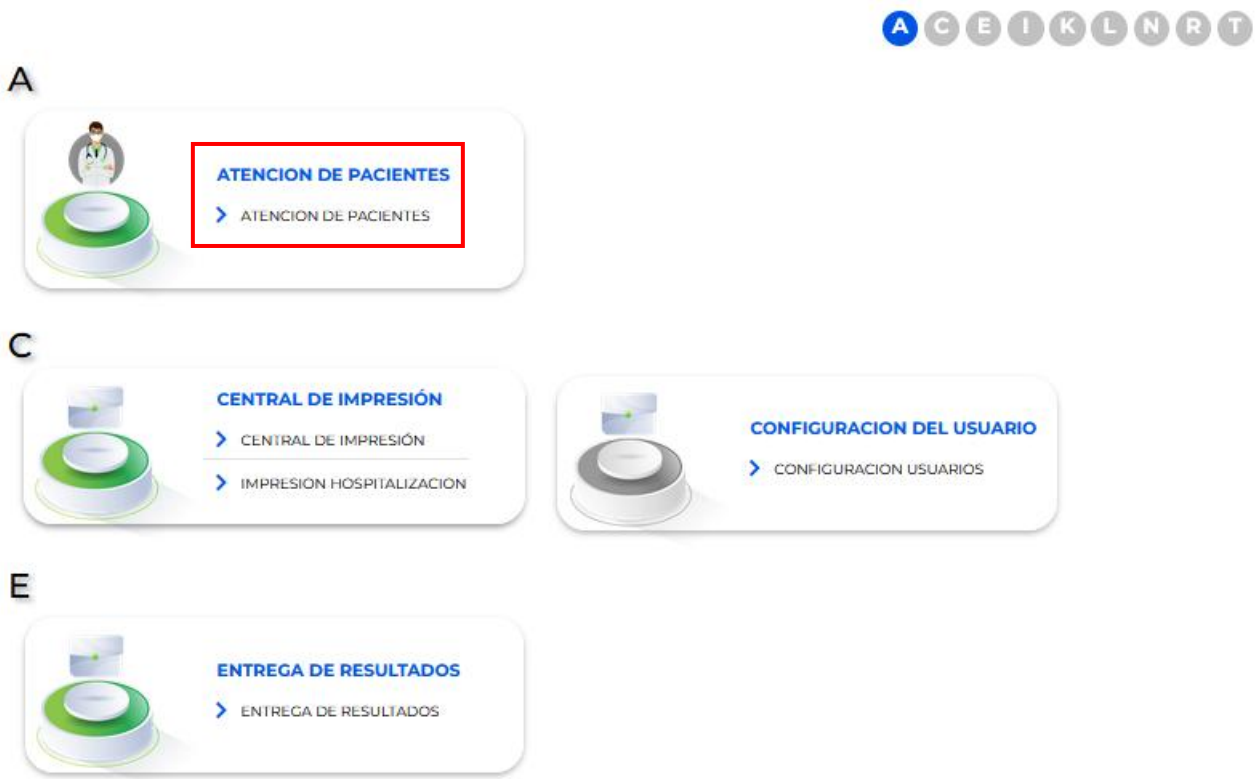


Finalizamos haciendo clic en ACEPTAR.

En este punto el proceso de admisión a la estación de consulta de urgencias retorna al personal de admisiones.

7.4. Auxiliar de enfermería

De acuerdo con el rol de auxiliar de enfermería los módulos detallados en la siguiente imagen serán los asignados o permitidos en el aplicativo, donde deberá seleccionar **ATENCION DE PACIENTES.**



Al ingresar a este módulo se desplegará una ventana la cual nos permite visualizar las diferentes estaciones de enfermería.

Se debe seleccionar la estación asignada, ejemplo **HOSPITALIZACION BLOQUE 1**

Allí se visualizarán los pacientes que se encuentran internados en ese servicio.
Lo primero para tener en cuenta es el recuadro que le aparecerá en la parte superior de la pantalla, lo cual es informativo cada uno con un color diferente y le indica algunos estados del paciente, estos son:

Los cuales deberá tener en cuenta para el cuidado del paciente, estos colores están definidos así:

PACIENTE PREMIUM

PACIENTE NO EVOLUCIONADO EN EL DIA

PACIENTE REMITIDO POR REFERENCIA

PACIENTE CON O.S POR AUTORIZAR

PACIENTE RESPIRATORIO

COPIA CONTROLADA

REGISTRO ACTIVO CANGURO

PACIENTE CON CX PROGRAMADA EN SIGUIENTES 24 HORAS

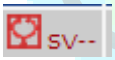
Otros datos a tener en cuenta son los que aparecerán en la parte superior del recuadro de los pacientes que se encuentran en la estación, estos hacen referencia a las órdenes médicas para el paciente.

Dentro de los controles que deben ser ejecutados por el auxiliar de enfermería los más importantes están:

- ✓ Los signos vitales
- ✓ Los controles programados como glucometría, toma de tensión
- ✓ El suministro de medicamentos

Otros datos como:

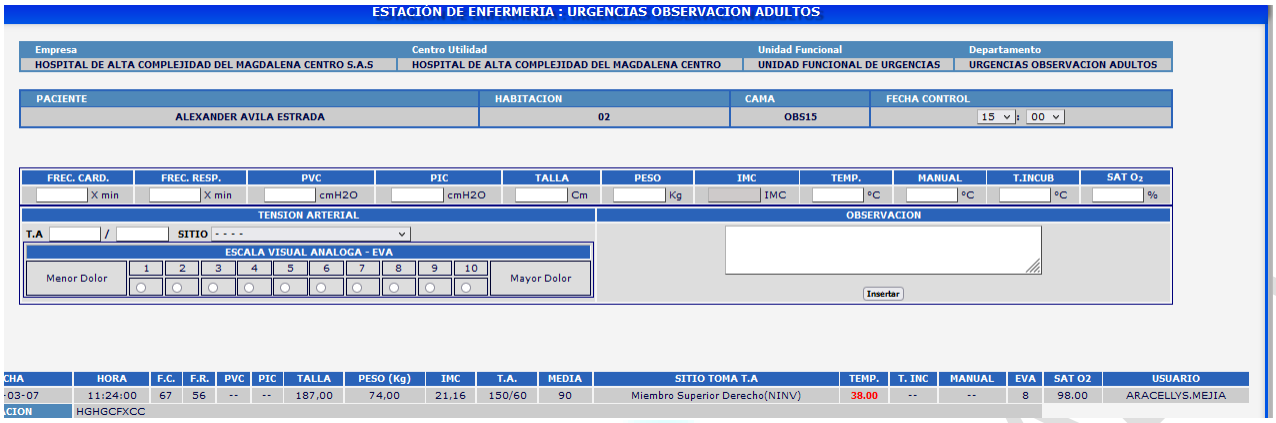
- ➢ Los controles para el paciente deben ser ordenados por el médico, programados por el jefe de enfermería y registrados por el auxiliar.
- ➢ Los medicamentos serán solicitados por el jefe y el registro de suministro deberá ser realizado por el auxiliar.
- ➢ Los traslados de pacientes, ordenes de servicio y dietas deben ser registradas por los jefes de enfermería.

7.4.1. Signos vitales 

Aquí se debe ingresar la información requerida en cada una de las opciones que hacen referencia a los signos del paciente.

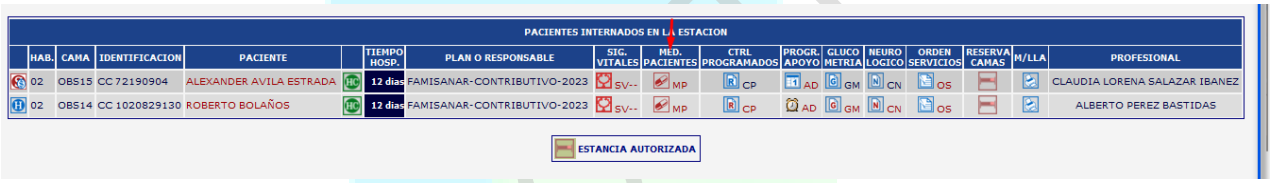
Es importante ingresar los datos en cada casilla que corresponda, estos datos deben ser actualizados según necesidad del paciente, en la parte inferior se puede visualizar la fecha, signos ingresados y el profesional que ingresó datos de esta información.

COPIA CONTROLADA

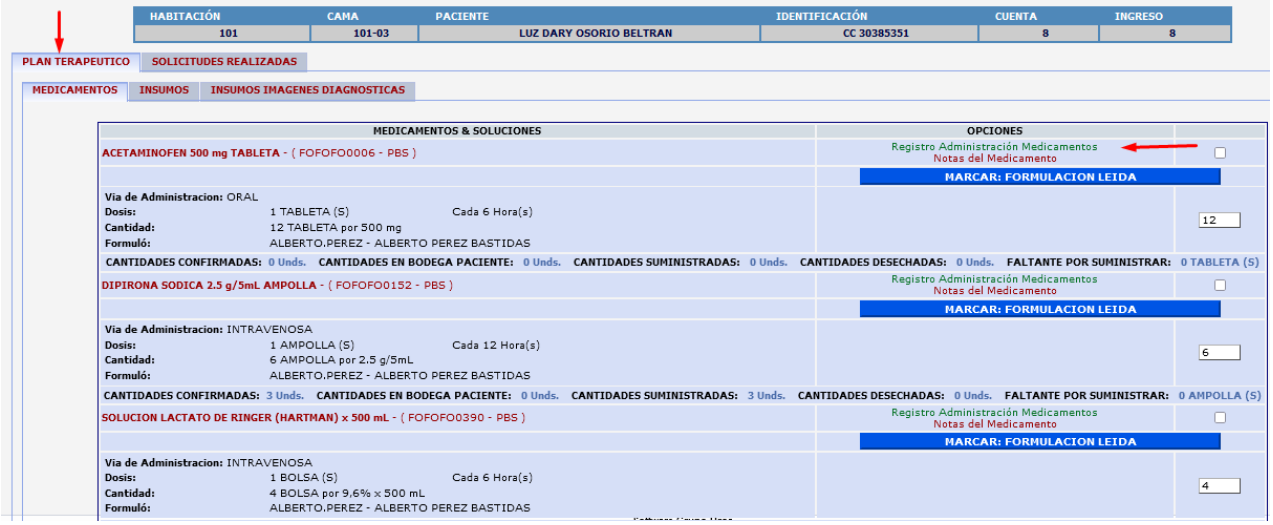


7.4.2. Medicamentos pacientes

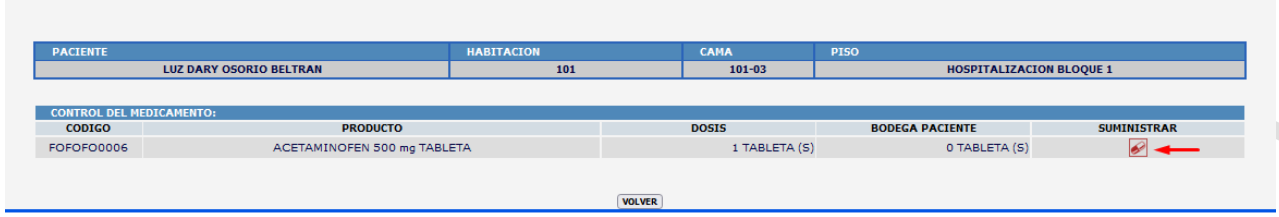
Cuando se realizan las solicitudes de medicamentos e insumos para el paciente al área de farmacia, esta área realizará el debido despacho y luego de la confirmación de este debe ser por parte del jefe de enfermería, el auxiliar de enfermería deberá registrar en el sistema el suministro de medicamentos e insumos.



El proceso para realizar el suministro de medicamentos en el sistema será el siguiente: Ingresar por la opcion medicamentos pacientes, icono de la capsula roja como se identificó anteriormente, luego ingresar por la opción PLAN TERAPEUTICO a continuación se debe seleccionar la opción registrar administración medicamentos que aparece en color verde como lo indica la siguiente imagen.



Al dar clic en la opción, se desplegará una ventana con todos los medicamentos solicitados al paciente, dar clic en la capsula que aparece en la opción suministrar.



Luego desplegará una ventana donde deberá indicar la cantidad de medicamento a suministrar ejemplo “1” tableta luego dar clic en registrar suministro.

En la parte derecha aparece una opción llamada **DESECHOS,** la cual hace referencia al restante de medicamentos que no son unidosis ejemplo jarabe, inhaladores, etc. Allí se deberá registrar la información restante luego de suministrar la cantidad indicada por el medico al paciente.

7.4.3. Devoluciones

Hace referencia a los casos en los que al paciente no le serán suministrados todos los medicamentos como por: suspensión, orden médica, traslados a cirugía, retiro voluntario, entre otros, entonces se debe hacer el devolutivo a farmacia de medicamentos o insumos si se requiere.
El área de farmacia deberá confirmar el recibido de estos productos y registrar en el sistema.

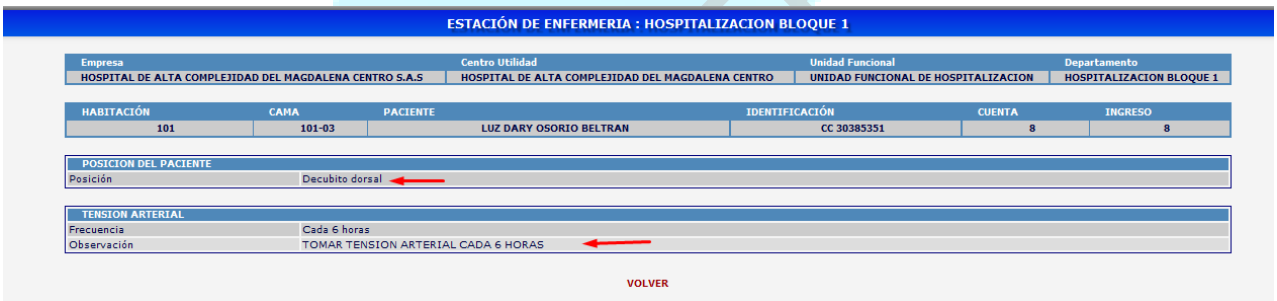
7.4.4. Insumos

De la misma manera que se registra el suministro de medicamentos se debe realizar con los insumos, esta información la debe registrar de la siguiente manera:
En la misma opción de medicamentos, esta vez por la pestaña **INSUMOS** dar clic en **Registro Suministro Insumos**.

COPIA CONTROLADA

7.4.5. Controles programados

Aquí se podra visualizar los controles ordenados al paciente como lo muestra la siguiente imagen.

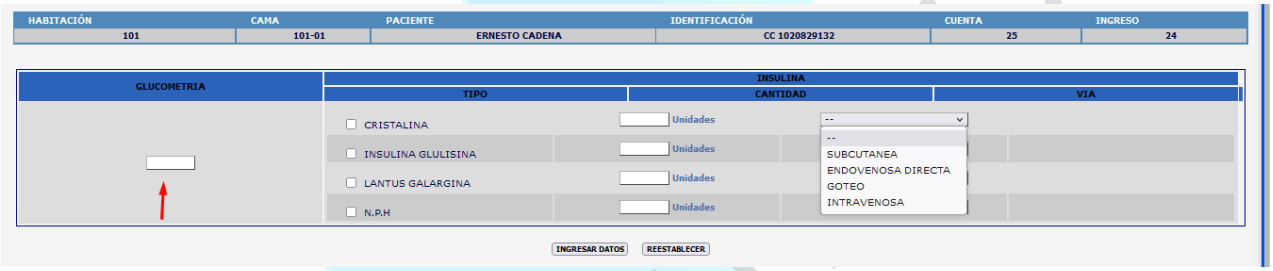


7.4.6. Glucometrías

En esta opción se deben ingresar los datos correspondientes al resultado de la toma de glucometría ordenados al paciente, estos controles serán programados por turnos o por día en el sistema por parte del jefe de enfermería y ejecutados por el auxiliar.

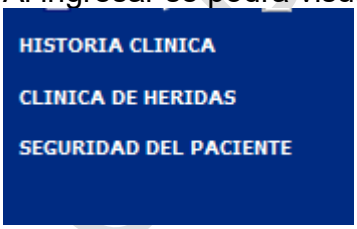
El auxiliar de enfermería deberá ingresar los datos dando clic en la fecha u hora indicada, allí se debe registrar el valor de la glucometría, tipo de insulina aplicada, cantidad de unidades aplicadas y forma de aplicación. Para guardar los datos deberá dar clic en

7.4.7. Ingresar datos



De esa manera el auxiliar de enfermería deberá ingresar la información en las diferentes opciones que le presenta el aplicativo.
Otra información importante corresponde a la nota de enfermería, para el registro de esta información deberá realizarlo por el icono de la historia clínica de la siguiente manera:
En la misma ventana y siguiendo la ruta **ATENCION DE PACIENTES-** seleccionar la estación y en la ventana de panel de los pacientes de la estación. Se debe ingresar por el icono de la historia clínica que se encuentra de color verde así:

Al ingresar se podrá visualizar los submódulos que componen la historia clínica, estos son:

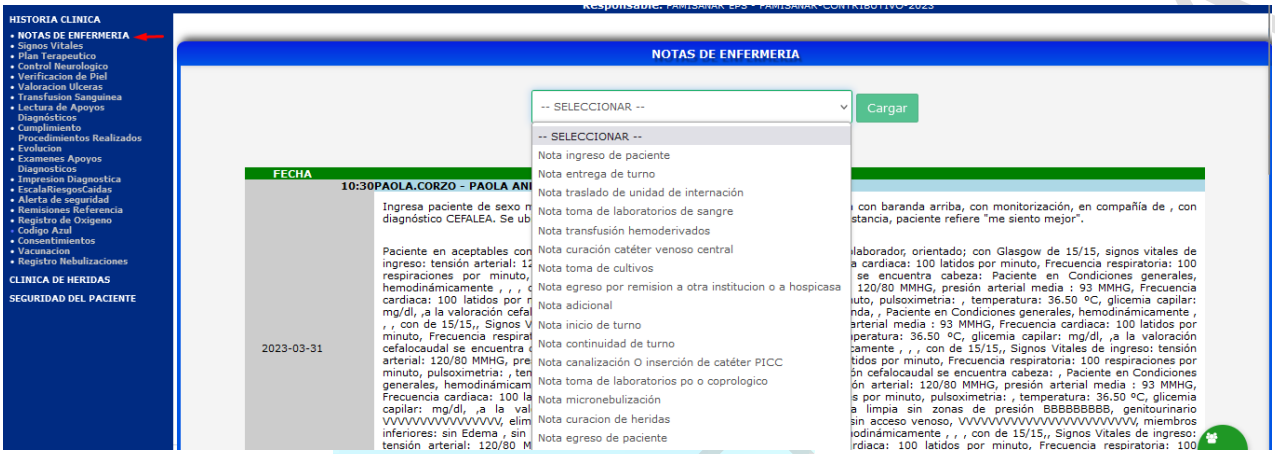


En la primera opción **HISTORIA CLINICA** encontraremos las

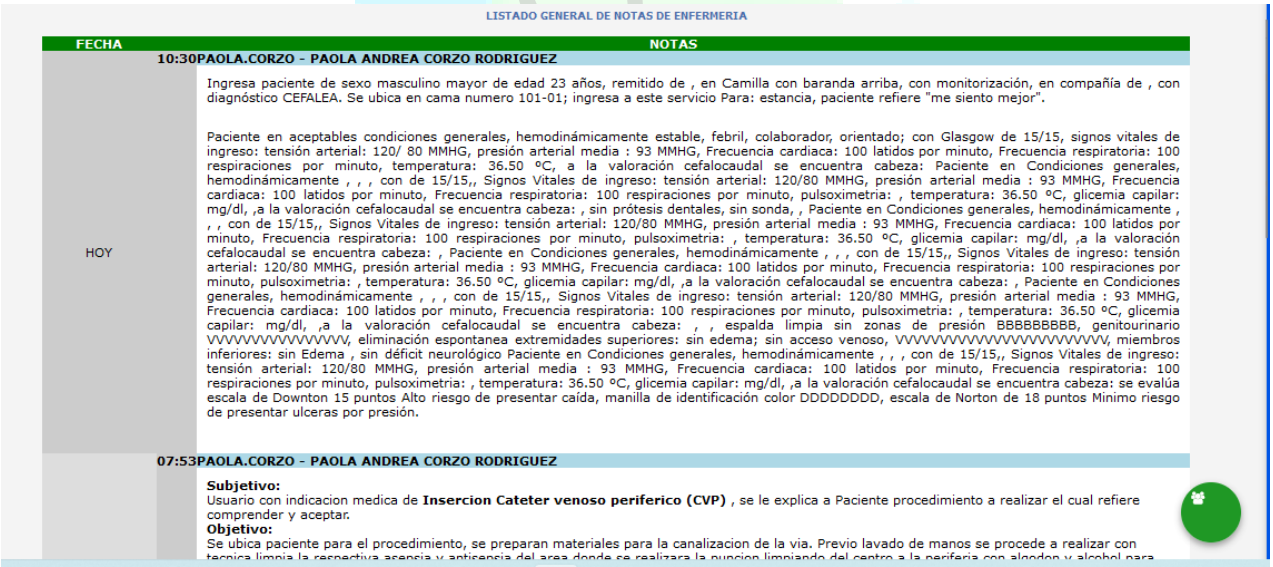
7.4.8. Notas de enfermería

Para las notas de: ingreso, inicio, entrega y continuidad de turno, el sistema cuenta con dichas plantillas con información precargada facilitando el registro de la información del paciente

excepto en los siguientes servicios: Cirugía, Urgencias Ginecológicas y Urgencias Consultas que se utiliza un cuadro de texto, para escribir la nota.
En todas las estaciones se maneja una nota llamada **nota adicional** y se utilizaría en caso de requerir algo adicional.
Es importante tener en cuenta que para poder diligenciar la nota de enfermería se deben llenar primero ciertos campos, estos son: signos vitales y escalas de riesgos.

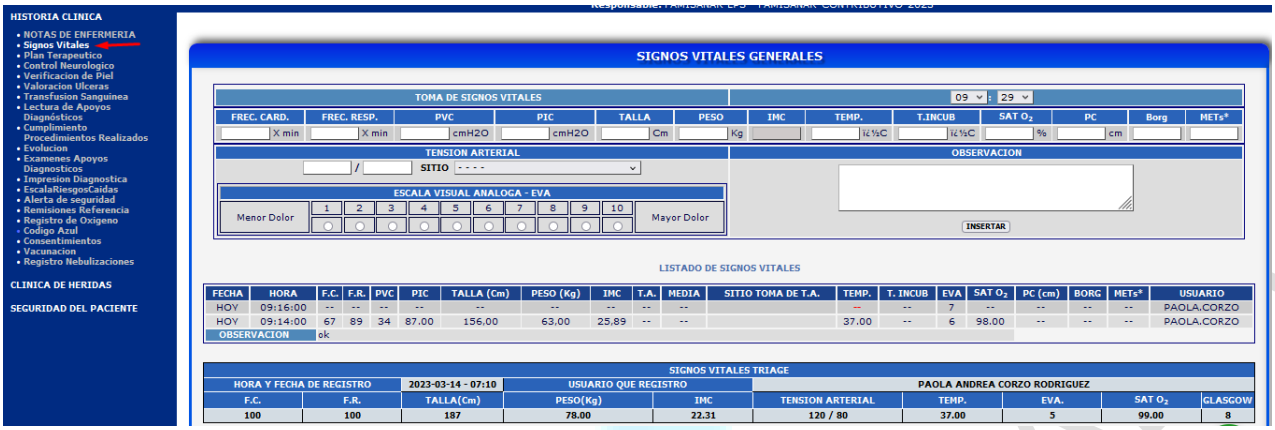


Adicional a las notas utilizadas encontrará una llamada **NOTA ADICIONAL**, la cual se utilizará en caso de requerir describir una información adicional.
Una vez se ingresen los datos de la nota de enfermería, en la parte inferior de la ventana se visualizarán las notas realizadas al paciente por usuario



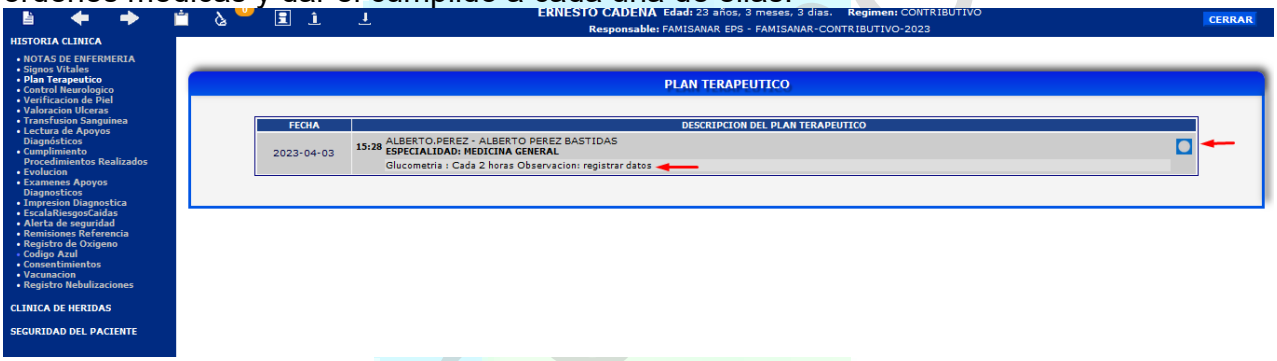
7.4.9. Signos Vitales

En esta opción se debe diligenciar la información requerida de este campo, en la parte inferior se visualizará el historial de signos vitales tomados por fecha



7.4.10. Plan Terapéutico

En esta opción es de tipo informativo en ella el auxiliar de enfermería podrá visualizar las ordenes médicas y dar el cumplido a cada una de ellas.



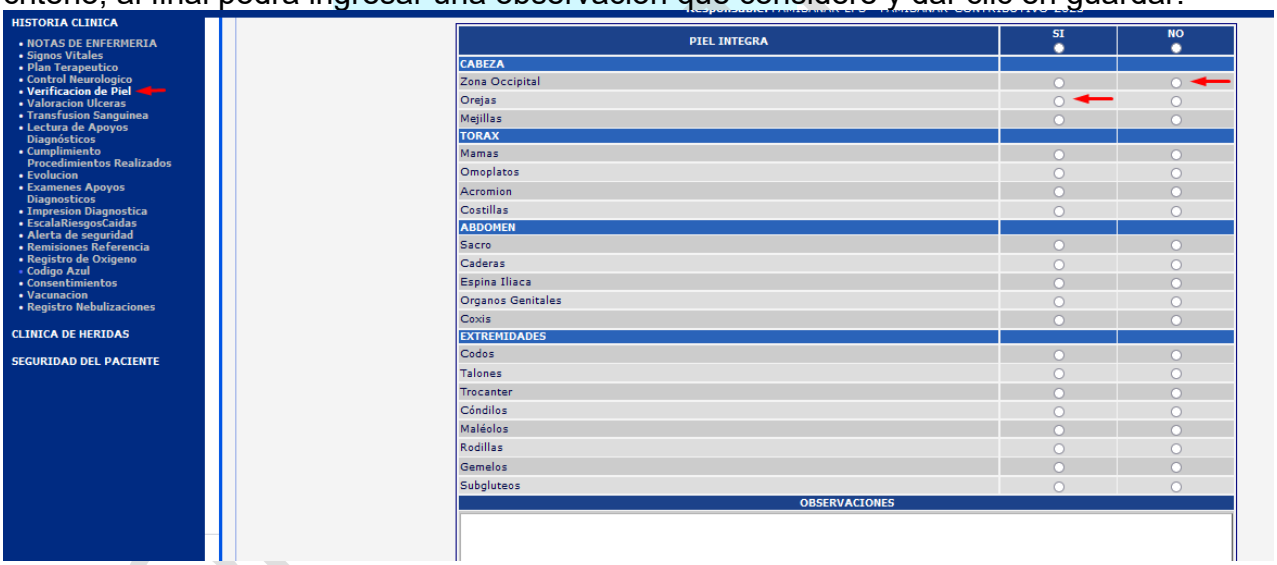
7.4.11. Control Neurológico

Se deben diligenciar cada uno de los campos requeridos y luego dar clic en insertar para guardar la información.
En la parte inferior encontrara el listado de controles realizados al paciente, así como también las escalas.

COPIA CONTROLADA

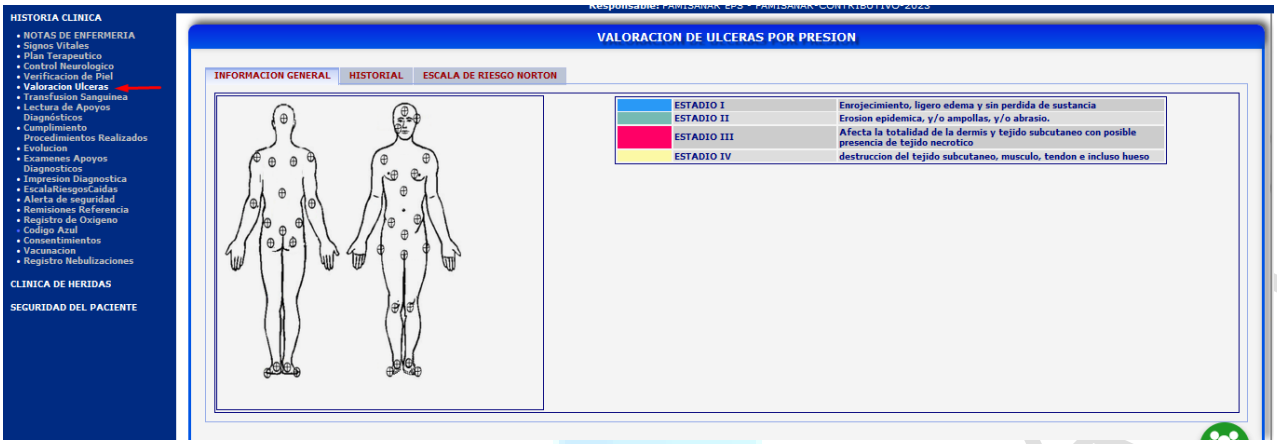
7.4.12. Verificación de Piel

En esta ventana se deben escoger por cada ítem dar clic para rellenar el ovalo según su criterio, al final podrá ingresar una observación que considere y dar clic en guardar.

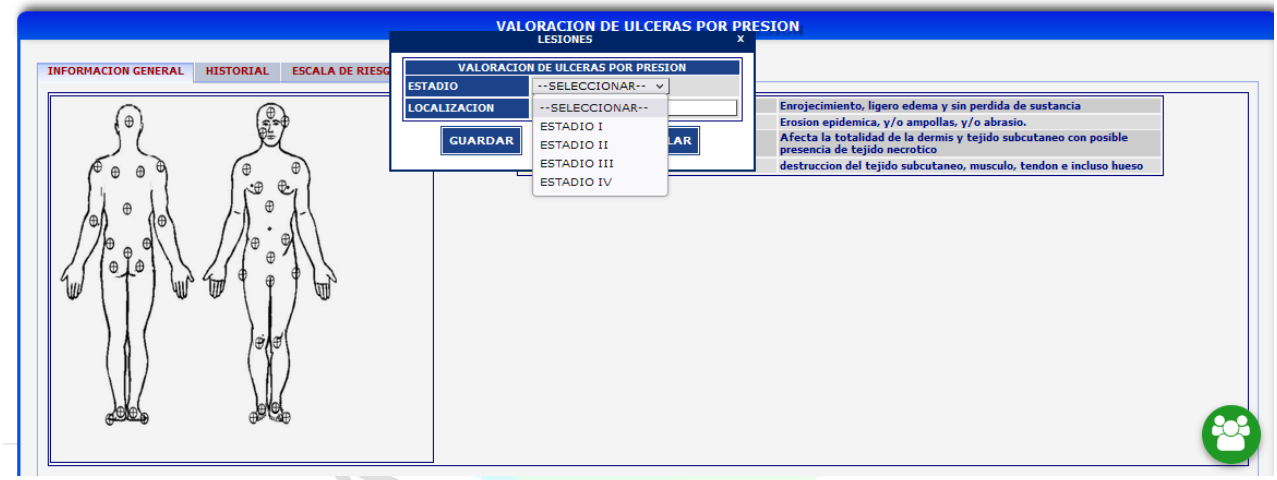


7.4.13. Valoración Ulceras

Esta opción aplica para aquellos pacientes que presentan alguna lesión por úlceras, aquí se debe indicar en la gráfica la parte del cuerpo donde se va a realizar la valoración.



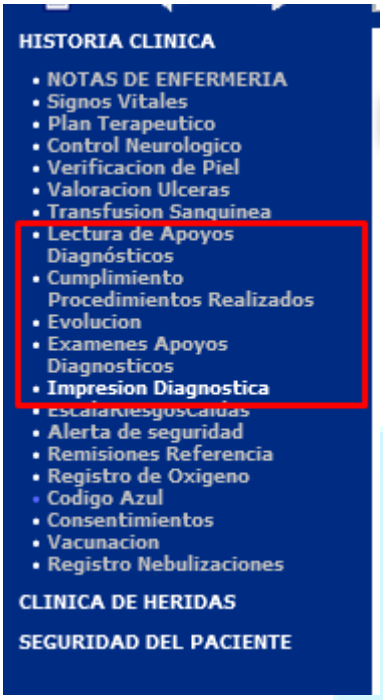
A continuación, se desplegará un cuadro donde debe indicar la parte del cuerpo donde se realizaría la valoración de la úlcera por presión, indicar el ESTADIO la localización y dar clic en guardar, una vez ingresada la información se podrá visualizar en la parte inferior.



7.4.14. Transfusión Sanguínea

Aplica para los pacientes que requieren este procedimiento, aquí se debe registrar la información correspondiente que contienen la unidad del hemoderivado a aplicar.

Las opciones que se encuentran resaltadas en el siguiente recuadro rojo serán de tipo informativo en la historia clínica del paciente, en ella se podrá visualizar información que corresponden a las condutas médicas.



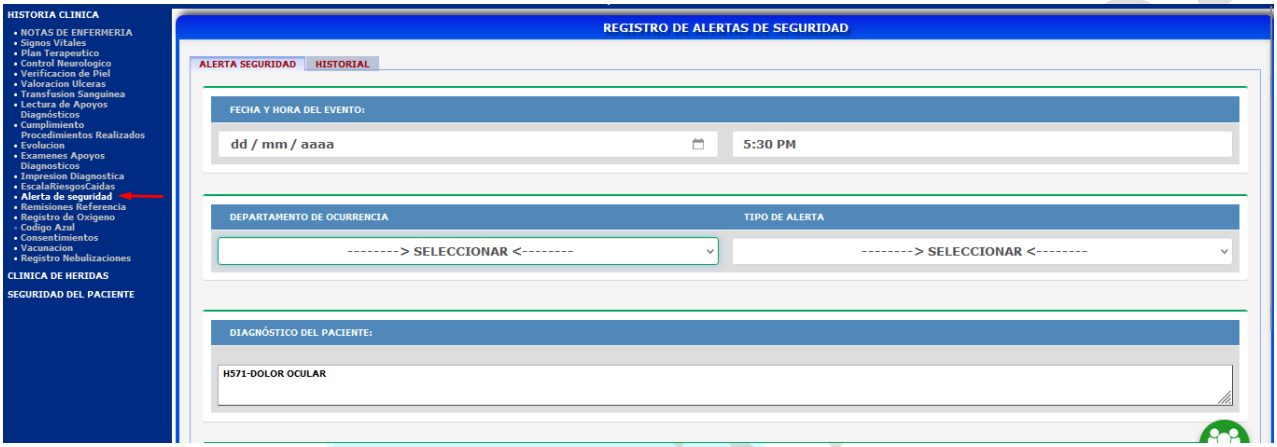
7.4.15. Escala Riesgos Caídas

Corresponde a la escala de riesgo, el sistema muestra automáticamente la correspondiente según la edad del paciente y será, **DOWNTON** para pacientes mayores de 7 años y **HUMPTY DUMPTY** para igual o menor a 7 años, aquí se debe escoger cada ítem según se considere y luego clic en guardar, en las siguientes dos pestañas encontrará la opción INSTRUCTIVO como guía para el diligenciamiento de la escala y la opción HISTORIAL donde se pueden consultar todas las escalas ingresadas en atenciones pasadas.

COPIA CONTROLADA

7.4.16. Alerta de Seguridad

En caso de presentarse un evento adverso con un paciente durante su estancia en el servicio, es aquí donde se debe ingresar la información en cada una de las casillas correspondientes y **NO** se debe omitir ningún detalle del evento y al terminar de ingresar la información se debe dar clic en guardar.



7.4.17. Registro de Oxigeno

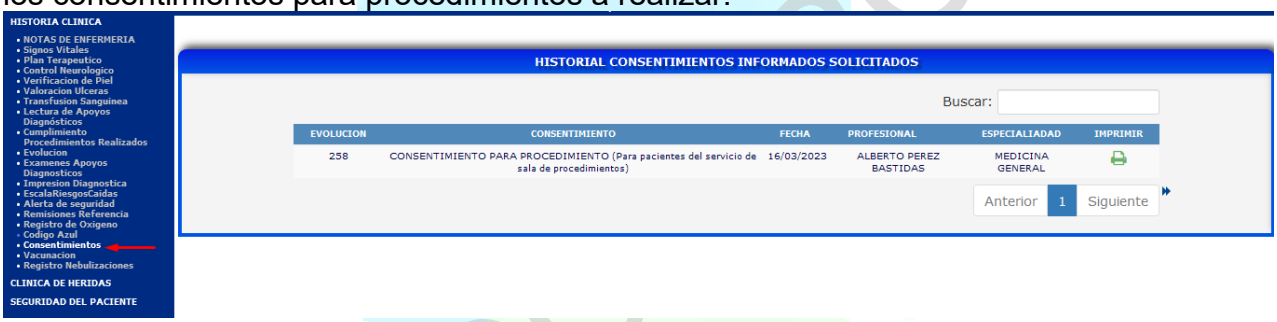
En caso de que se deba suministrar al paciente oxigeno se debe registrar la información en cada casilla correspondiente, tales como método, flujo de oxígeno, concentración entre otros, al finalizar deberá dar clic en guardar.

7.4.18. Código Azul

Corresponde al ingreso de información por parte de la jefe de enfermería en el caso que suceda un código azul con un paciente que ingresa al hospital, este submenú debe ser diligenciado por parte de médico y jefe de enfermería y no permitirá el cierre de la nota sin que se diligencie por estos dos profesionales.

7.4.19. Consentimientos

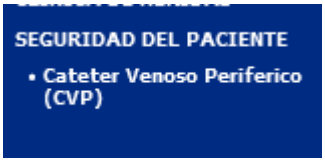
Aquí se podrá consultar y descargar para el diligenciamiento de la firma por parte del paciente los consentimientos para procedimientos a realizar.



7.4.20. Vacunación

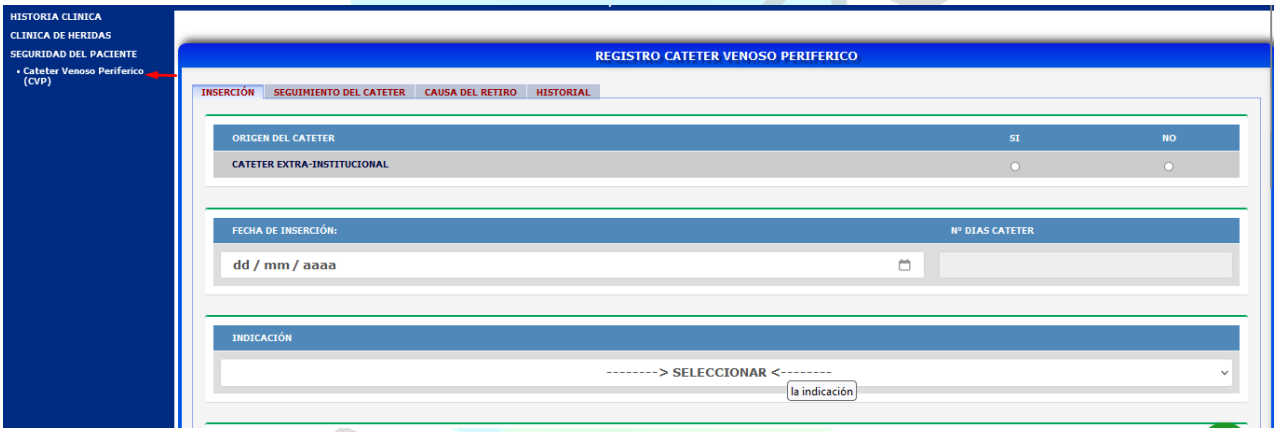
Esta opción aplica en el servicio hospitalario para toda la especialidad de neonatos, unidad materna y en el servicio ambulatorio para registro de información COVID.
Se debe escoger el nombre del biológico aplicado, seleccionar la dosis seguidamente clic en opción y en la parte inferior clic en guardar, esta información quedará registrada y se podrá consultar por la opción HISTORIAL.

7.5. Seguridad del paciente



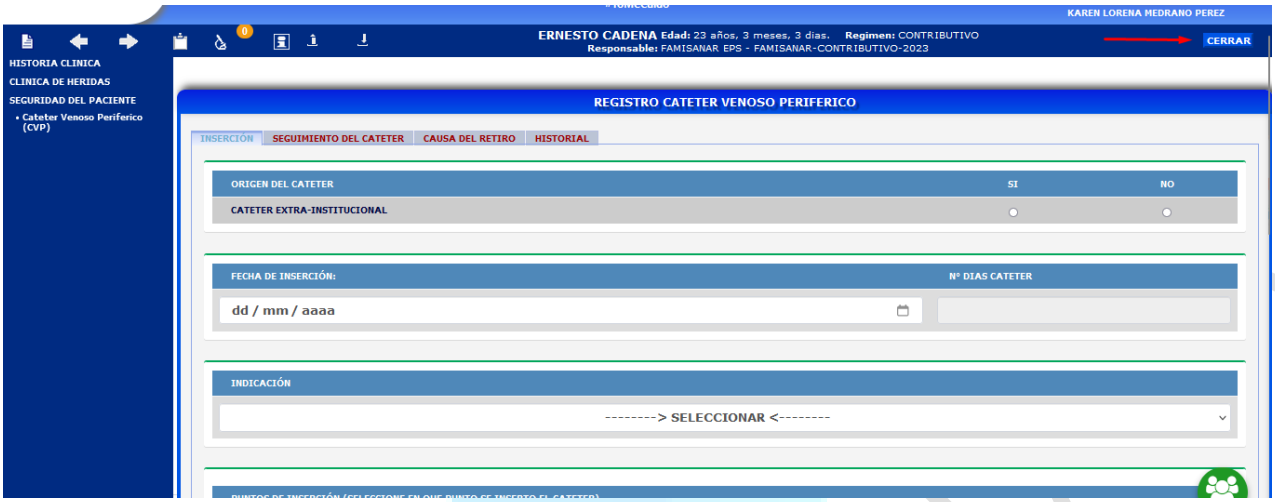
7.5.1. CVP (Catéter Venoso Periférico)

Para el caso de auxiliares de enfermería en este sub modulo se debe ingresar toda la información correspondiente a la INSERCION-SEGUIMIENTO-RETIRO de catéter periféricos que se les realice al paciente y sus diferentes accesos.
Es importante tener en cuenta que **NO** le permitirá realizar la respectiva nota de entrega de turno hasta tanto no se registre la información de catéter venoso periférico ya que esta información va relacionada en la nota de enfermería por lo tanto este dato no se ingresa por NOTA DE ENFERMERIA si no por SEGURIDAD DEL PACIENTE.

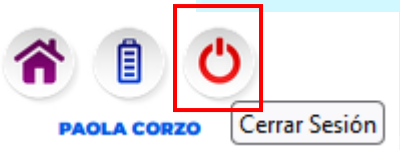


Una vez que se realice el diligenciamiento de todo el registro de la información del paciente en el módulo UROSOFT se debe hacer el cierre de la historia clínica por la pestaña indicada para esta acción como lo indica la siguiente imagen.

COPIA CONTROLADA



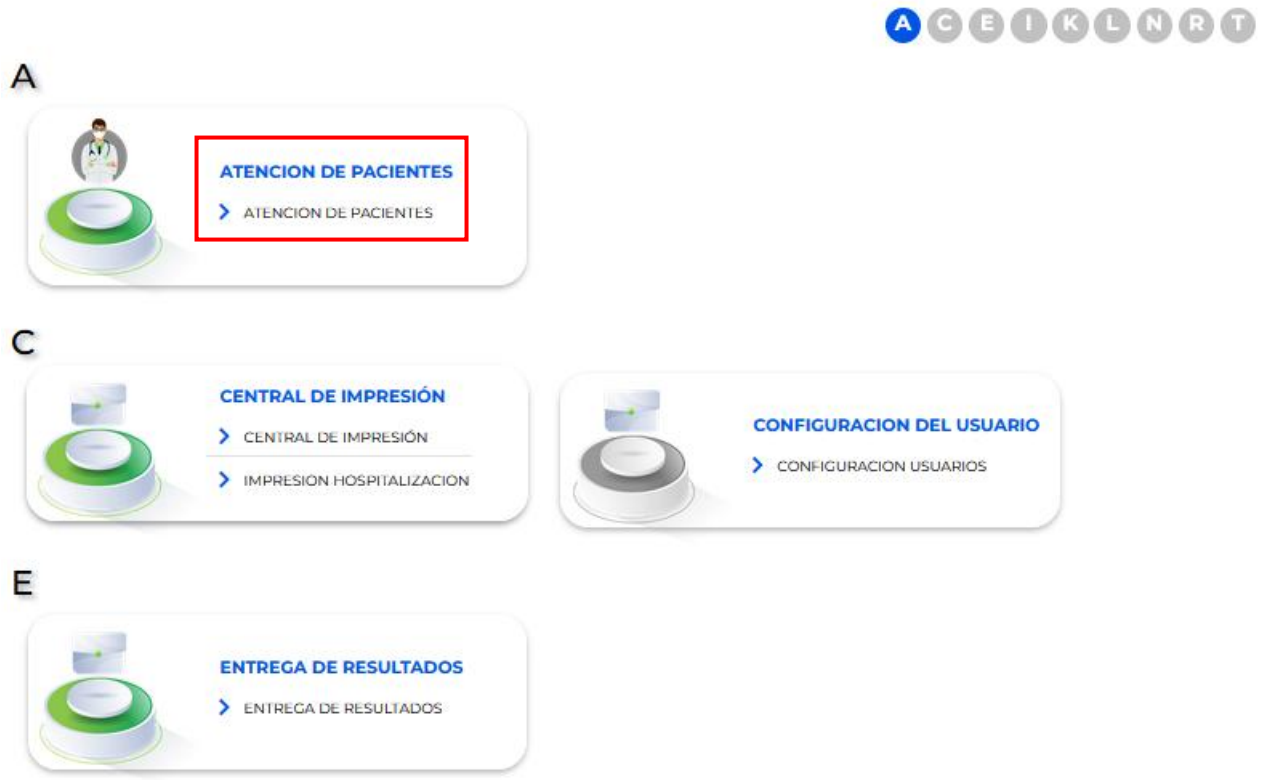
De igual manera al finalizar su jornada laboral deberá realizar el cierre se sesión del usuario en el aplicativo, esta acción se debe realizar con las recomendaciones indicadas, por favor **NO** realizar el cierre de sesión por la **X** del navegador, en la parte superior derecha encontrará el botón para esta acción.



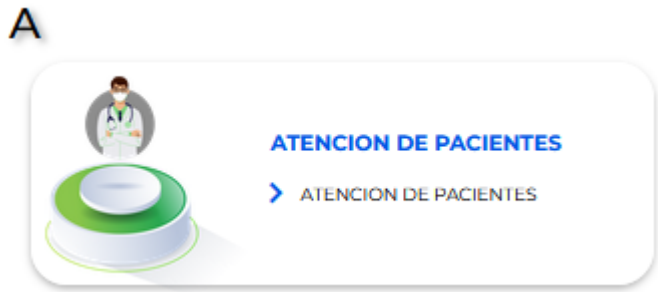
COPIA CONTROLADA

7.6. Jefe de enfermeria

Escogemos la opción que nos permite visualizar los módulos a los que tendrá acceso según el perfil, e ingresamos al módulo **ATENCION DE PACIENTES**



7.6.1. Atención de pacientes



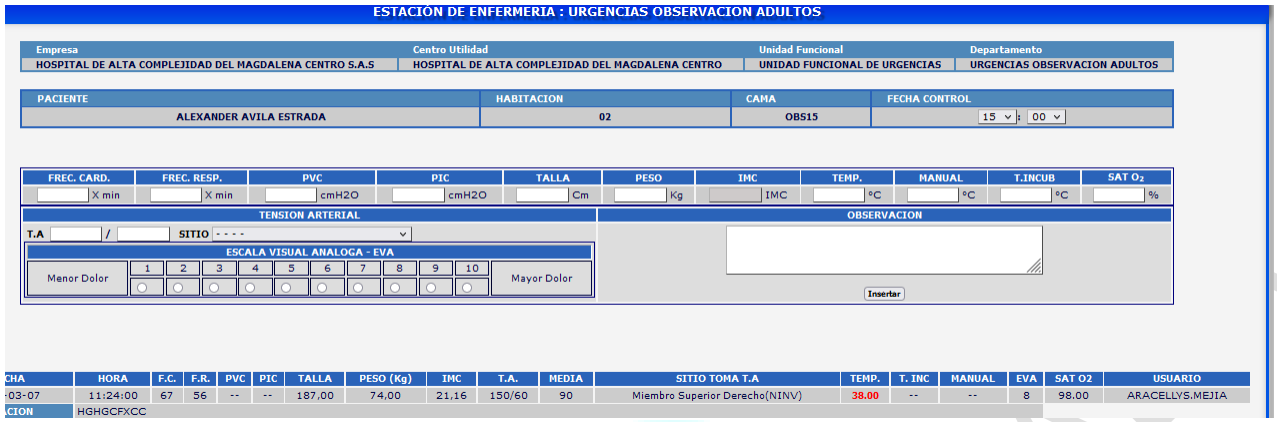
Al ingresar a este módulo se desplegará la ventana con las diferentes estaciones, donde seleccionaremos la estación asignada ejemplo **URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS.**

Allí se podrá visualizar todos los pacientes que se encuentran ingresados en esa estación, dentro de la estación se podrá visualizar información del paciente como: HABITACION, CAMA, IDENTIFICACION, PACIENTE, TIEMPO HOSP, PLAN O RESPONSABLE, SIG VITALES, MED. PACIENTES, CTRL PROGRAMADOS, PROG. APOYO, GLUCOMETRIA, NEUROLOGICO, ORDEN SERVICIOS, RESERVA CAMAS, M/LLA, PROFESIONAL.
Los cuales hacen referencia a los cuidados y ordenes medicas del paciente, como también el último profesional que lo evolucionó.

Estas opciones lo componen información importante de cada uno de los pacientes que deben ser diligenciadas, entre ellas están:

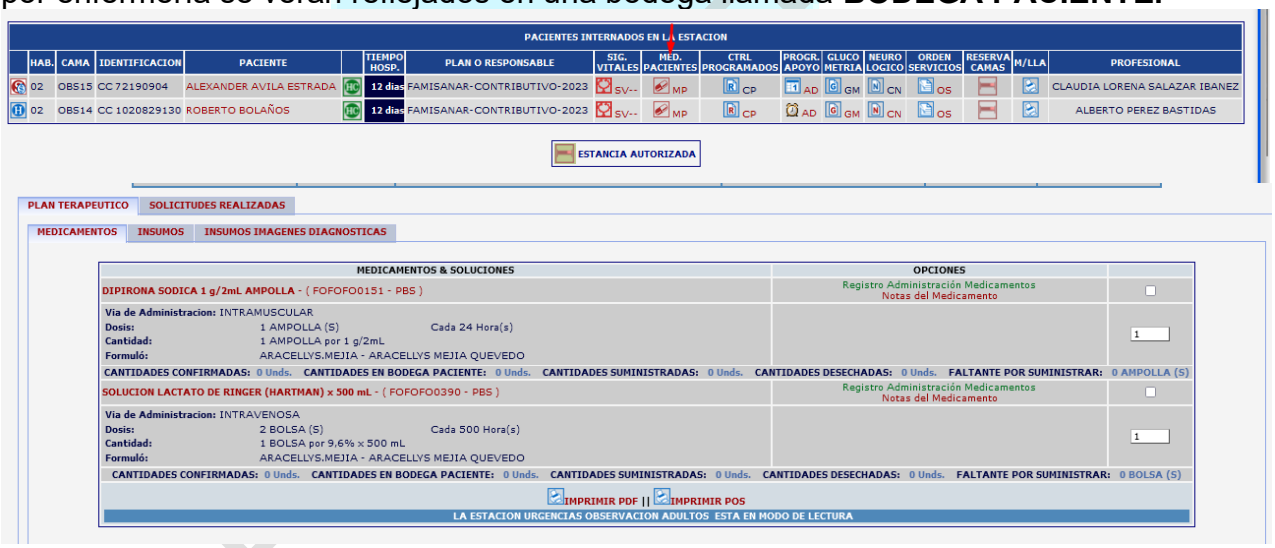
7.6.2. Signos vitales

Al ingresar a esta opción se debe registrar este tipo de información requerida en cada una de las opciones, en la parte inferior aparecerá el historial de registros de signos vitales que le hayan sido tomados al paciente.

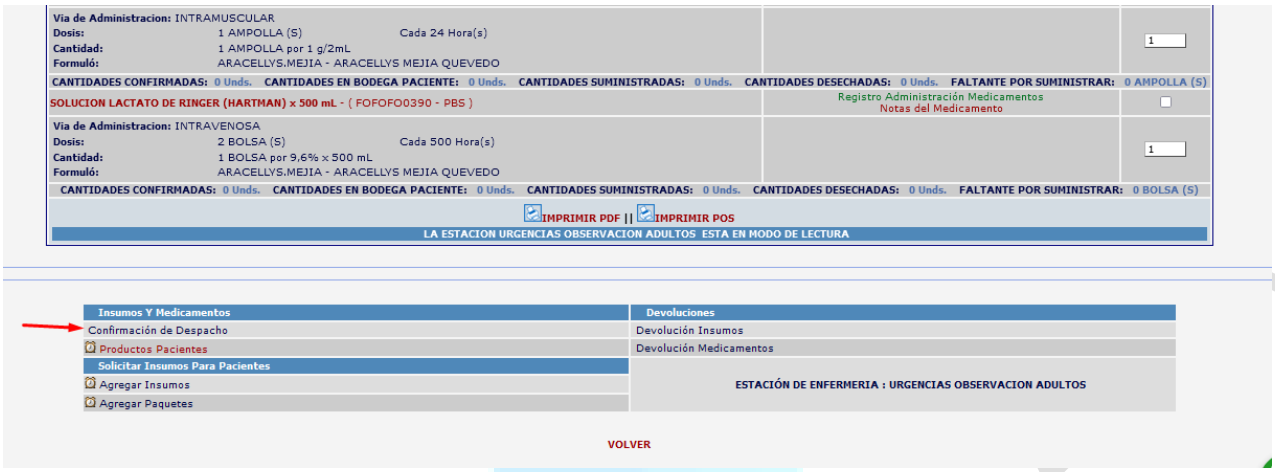


7.6.3. Medicamentos pacientes

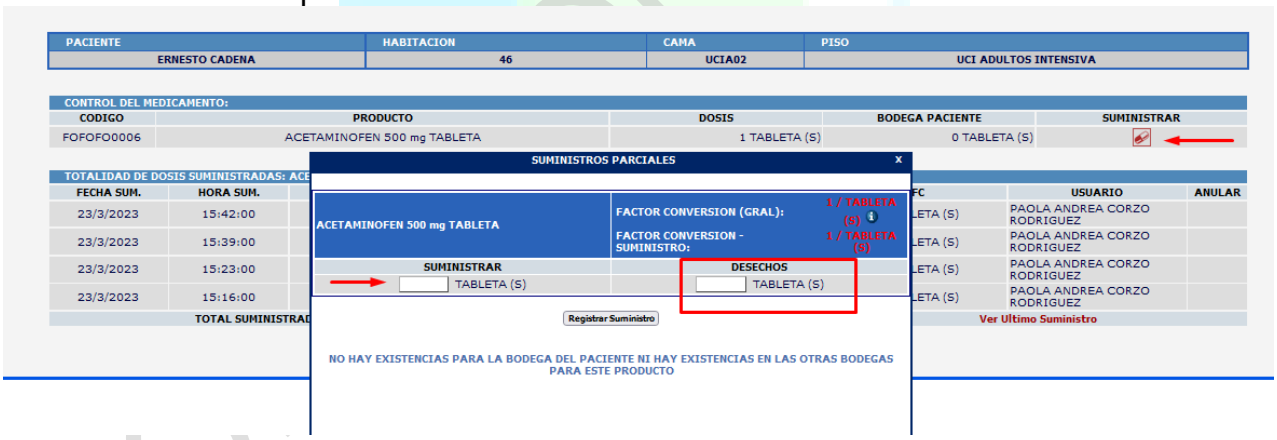
Corresponde a la solicitud, confirmación, devolución y suministro de medicamentos para el paciente realizados al área de farmacia.
Todos los medicamentos e insumos despachados desde el área de farmacia y confirmados por enfermería se verán reflejados en una bodega llamada **BODEGA PACIENTE.**



Al ingresar a este icono se reflejará información correspondiente a la solicitud de medicamentos al paciente, donde el jefe de enfermería deberá inicialmente realizar el pedido confirmando las cantidades a solicitar y escogiendo la bodega a la cual realizará el pedido dando clic en la opción crear solicitud y de esta manera desaparecerá de la opción PRE-SOLICTUDES, una vez realizada la solicitud y luego que farmacia hace el debido despacho se debe confirmar el recibido de medicamentos e insumos en la pestaña que se visualiza a continuación.



A continuación, se desplegará una ventana donde deberá escoger la bodega <FARMACIA PRINCIPAL> deberá buscar el medicamento y dar clic en confirmar.
Luego se podrá realizar el proceso de suministro de medicamentos
Este se debe realizar por la opción plan terapéutico donde le saldrá activado "registro administración Medicamentos" (**color verde**)
Al dar clic en el inicio de la capsula en la opción suministrar, se desplegará una ventana donde deberá indicar la cantidad de medicamento a suministrar ejemplo "2" tabletas y a continuación se debe dar clic en registrar suministro
DESECHOS> Esta opción aplica para los medicamentos los cuales no serán suministrados en una sola dosis ejemplo: jarabes, inhaladores, para este caso se deberá registrar el restante del medicamento en la opción desechos.

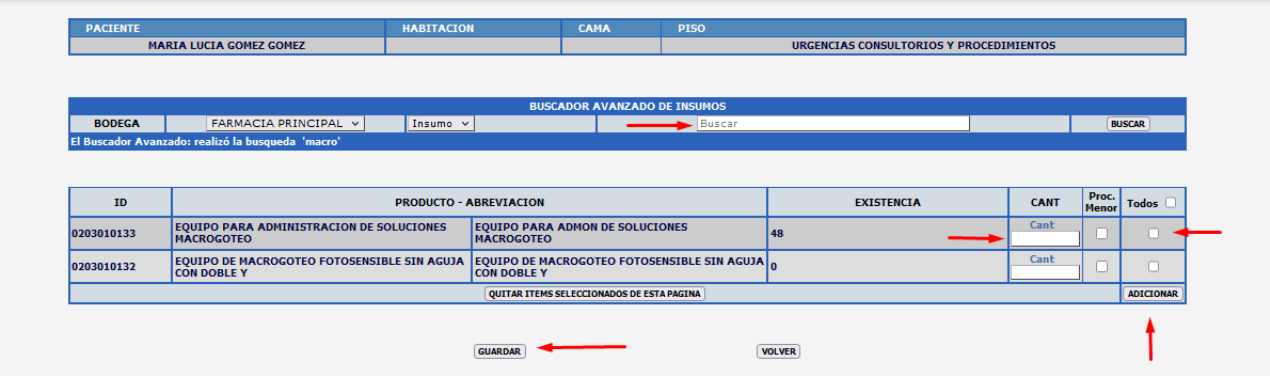


Los medicamentos serán solicitados por el personal médico y confirmados por enfermería, pero enfermería también puede hacer nuevas solicitudes del mismo medicamento en caso de ser necesario, no podrá suspender, ni hacer solicitudes de nuevos medicamentos, sin que estén descritos por orden médica.

7.6.4. Solicitar insumos

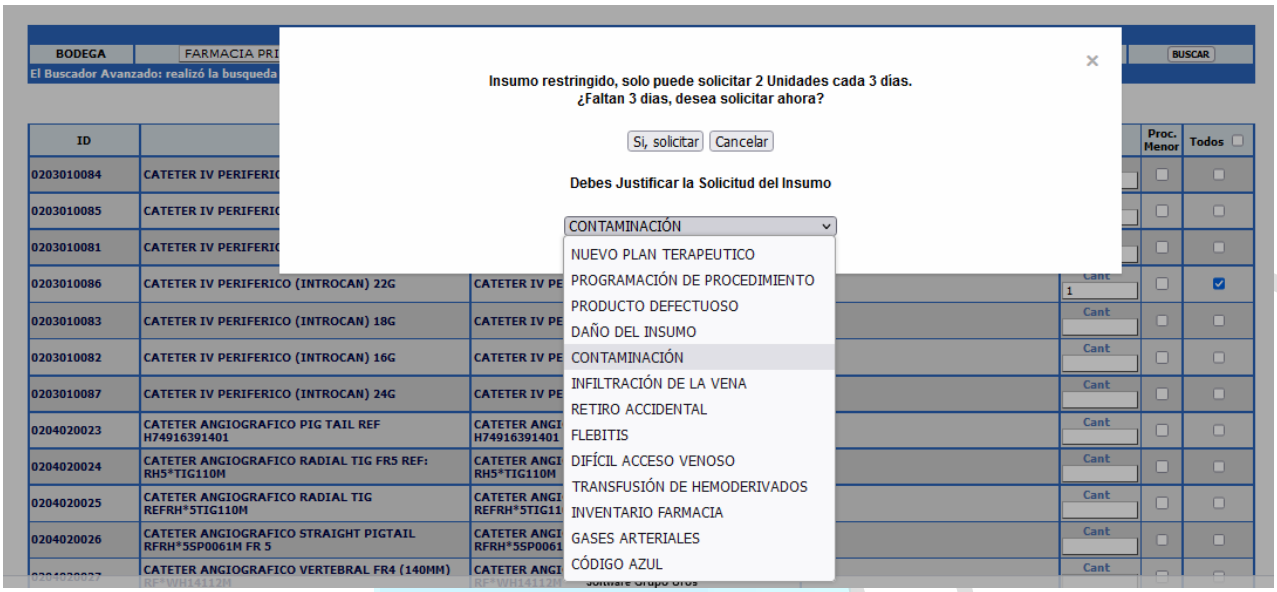
El personal de enfermería deberá hacer la solicitud de insumos necesarios para el suministro de medicamentos tales como: jeringas, catéter equipo macro etc. Deberá realizarlos por la opción agregar insumos como lo muestra la siguiente imagen.

Aquí deberá buscar por nombre el insumo a solicitar, escribir la cantidad, adicionar y guardar.

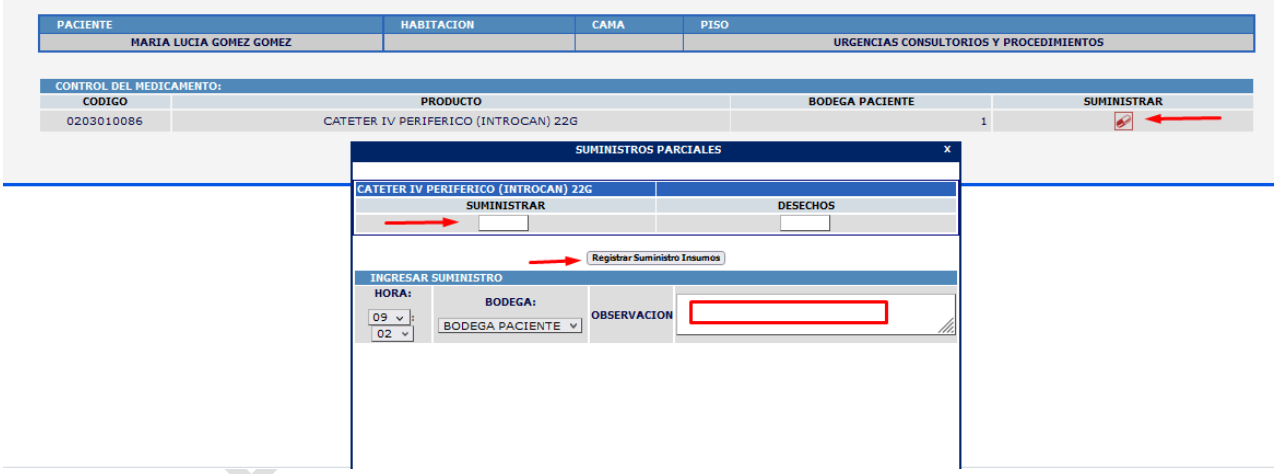


Existe una restricción para solicitar algunos insumos, los cuales si se solicitan antes del tiempo o cantidad establecida le mandará una alerta de solicitud, en la cual deberá indicar la justificación de la solicitud de dicho insumo.

COPIA



Una vez se soliciten los insumos para el paciente se debe realizar el suministro de estos. En la pestaña **INSUMOS** se debe registrar el suministro de estos, de la misma manera que los medicamento deberá seleccionar en el icono de la capsula, registrar la cantidad, alguna observación que considere y dar clic en <**Registro Suministro Insumos**>.

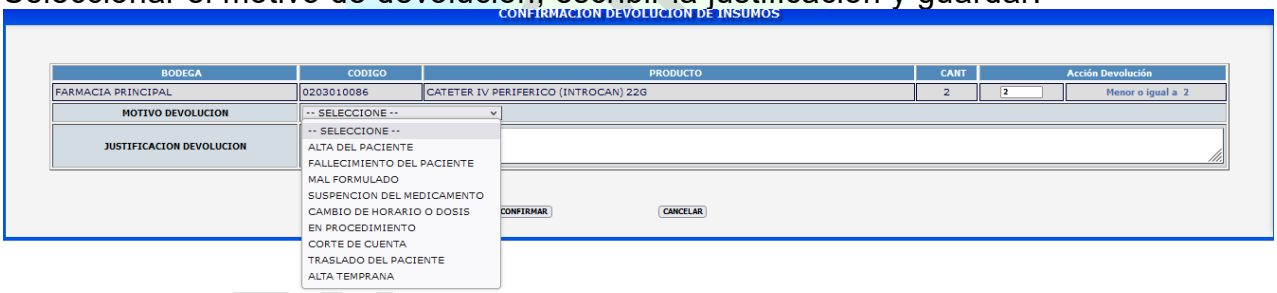


7.6.5. Devoluciones

Esta opción es utilizada en el caso que el paciente tenga en la BODEGA PACIENTE insumos o medicamentos, pero no serán suministrados en este caso se debe hacer el devolutivo a farmacia, para esto nos vamos a la opción devoluciones en la parte inferior derecha.

Se debe escoger la opción de devolución de insumos o medicamentos dependiendo el caso y confirmar la cantidad a devolver.

Seleccionar el motivo de devolución, escribir la justificación y guardar.

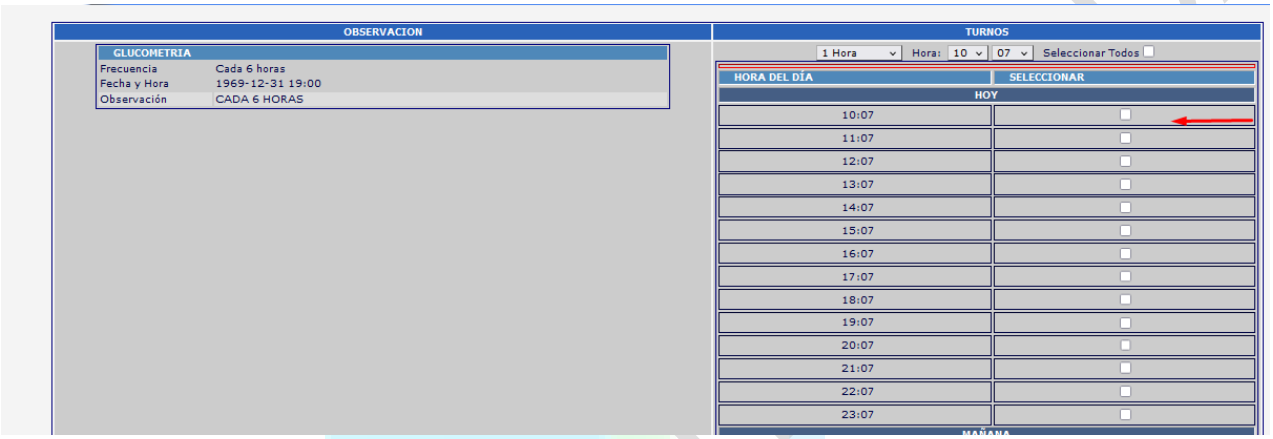


Una vez realizado este proceso, farmacia deberá confirmar el recibido de los productos y de esta manera el paciente ya no tendrá productos pendientes en su bodega.

7.6.6. Glucometrías

Esta opción se utiliza para registrar los controles de este procedimiento ordenados por el médico, estos controles serán programados en el sistema por turnos o por hora si es el caso.

Al ingresar a esta opción el jefe de enfermería deberá hacer la programación de la toma, para ser ejecutadas y registradas por la auxiliar de enfermería, deberá seleccionar las horas y al final dar clic en guardar.



7.6.7. Autorizar orden de servicio

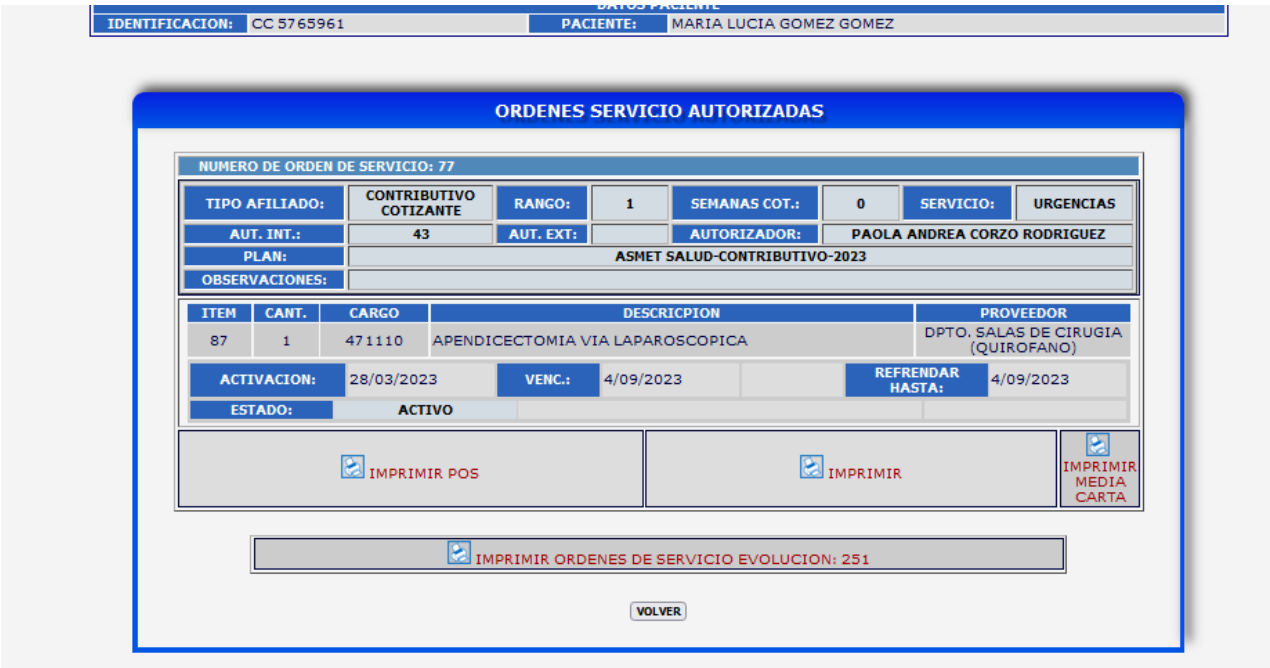
Esta acción se debe realizar en el caso que al paciente le sean ordenados procedimientos quirúrgicos, procedimientos no quirúrgicos y apoyos diagnósticos solicitado por el especialista, cuando tiene dos o más equivalencias, debe seleccionar el código correspondiente, cuando son dos o más proveedores, indicar el proveedor que se debe asignar, el personal de enfermería deberá realizar la autorización en el sistema para su proceso, en caso de que el paciente tenga estas órdenes, el icono será de color rosa, como lo muestra la siguiente imagen.

Al dar clic en esta opción, deberá confirmar que el procedimiento sea el asignado, deberá seleccionar en caso de que sean varios estudios y también podrá seleccionar todos y dar clic en autorizar.

Luego deberá confirmar datos para dar clic en autorizar donde le generará un número de autorización dar clic en aceptar.

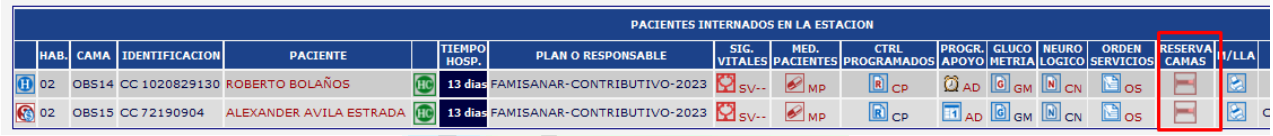
Por último, le aparecerá una ventana donde deberá escoger el procedimiento por equivalencias, seleccionar y de esta manera le regenerará la orden de servicio autorizadas

COPIA CONTROLADA



7.6.8. Reserva de camas

En el mismo panel encontrará un icono para la reserva de camas por estación.



Dependiendo el color así será su significado, a continuación, detallaremos cada uno.

- No tiene cama reservada.

- Tiene cama reservada pero no se encuentra lista para el traslado.

- Tiene cama reservada y ya se encuentra lista.

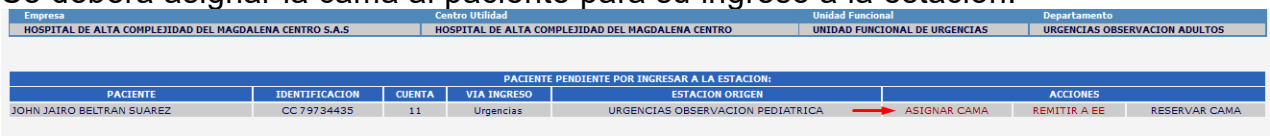
ORDEN PARA: traslado a estacion X
En el departamento destino se debe indicar cuando la cama se encuentra lista.

Pulsamos cuando la cama esta lista ,y asi se indica al departamento origen que se puede realizar el traslado cambiando su indicador a color verde

En la parte inferior de la pantalla se reflejará la información de los pacientes pendientes por admitir en el servicio, aquí deberá dar clic en el icono de color verde.

COPIA CONTROLADA

Se deberá asignar la cama al paciente para su ingreso a la estación.



7.6.9. Dietas

Esta opción se encuentra en la parte inferior de la ventana principal del módulo **ATENCION DE PACIENTES**.

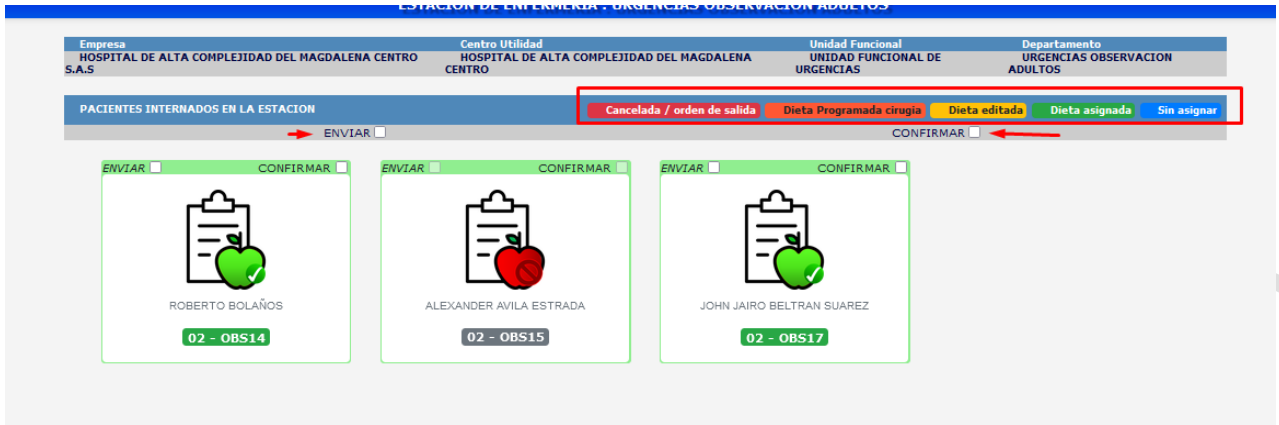
Para la solicitud de las dietas se debe tener claro los horarios establecidos para este fin, como lo muestra el siguiente ejemplo:

DIETA	HORA DE INICIO	HORA DE CIERRE
DESAYUNO	00:00	03:59
ALMUERZO	04:00	08:59
CENA	09:00	15:00

Solo se permite la solicitud de dieta al paciente en el horario establecido, esto con el fin que el proveedor pueda tener tiempo de preparación y envío.

Al ingresar a la opción DIETAS se visualizarán los pacientes de la estación con el tipo de dieta asignada por el médico, también se podrá visualizar los diferentes estados que se pueden presentar indicadas cada una por un color diferente, a continuación, detallaremos cada una para su interpretación.

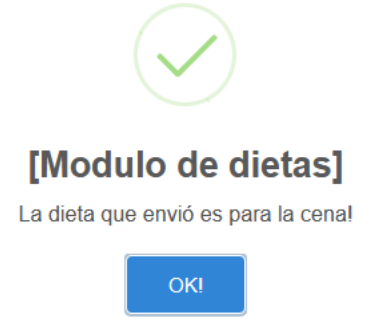
Cancelada/ orden de salida, Dieta Programa cirugía, Dieta editada, Dieta asignada y Sin asignar.



El jefe de enfermería podrá hacer un envió masivo una vez confirmada que la solicitud es correcta o realizar uno a uno, recordemos que solo podemos hacer clic dentro del horario establecido para solicitar las dieta, también podemos deseleccionar el paciente que tiene asignado dieta, pero tienen orden de salida.

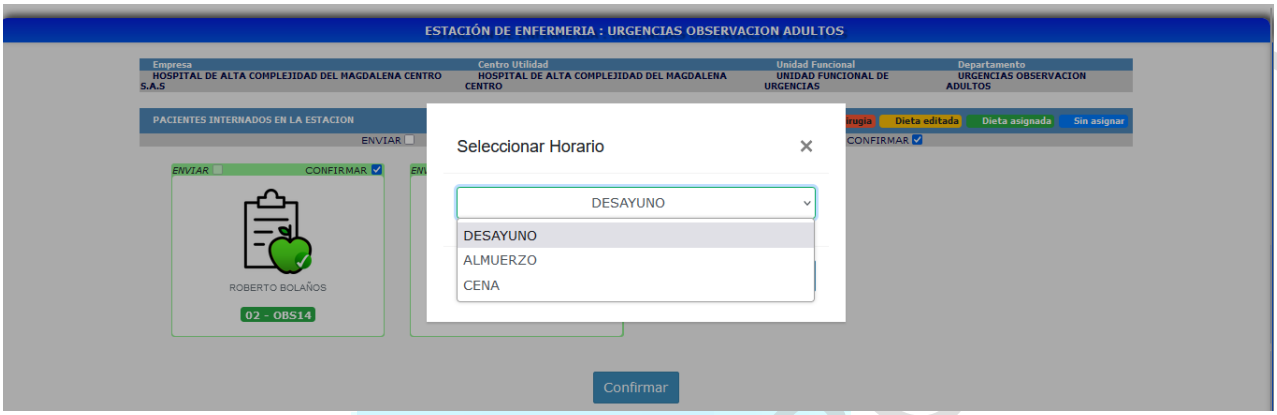
Una vez seleccionando todas las dietas se debe dar clic en enviar, de esta misma manera deberá hacer para confirmar al momento de recibir las dietas

A continuación, le confirmara el envío de las dietas y el tipo al que corresponde.



COPIA CONTROLADA

Una vez se realiza el envío de las dietas se debe esperar que el proveedor encargado confirme y realice el envío de las dietas (en forma física), para luego confirmar por parte de enfermería el recibido de las dietas que fueron enviadas en el proceso anterior, de la misma manera se puede confirmar una a una o mediante un masivo.



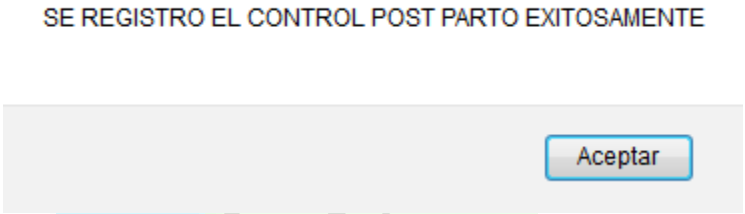
Deberá seleccionar la clase de dieta que recibe, clic en confirmar

7.6.10. Registro control post parto

Para la estación sala de parto de unidad materna y hospitalización ginecológica, el especialista ingresa y realiza una evolución en el partograma cuando la materna dé a luz incluyendo un diagnóstico que cumpla con la norma de control post parto, se habilita la modal donde se insertan los datos del control, la modal se habilita en los siguientes horarios según la hora del último partograma asi: Cada 15 minutos las primeras 2 horas, Cada 30 minutos por 4 horas después de las 2 primeras horas, Cada hora por las siguientes 16 horas para registrar el control post -parto, dar clic en la imagen ingresando en la imagen

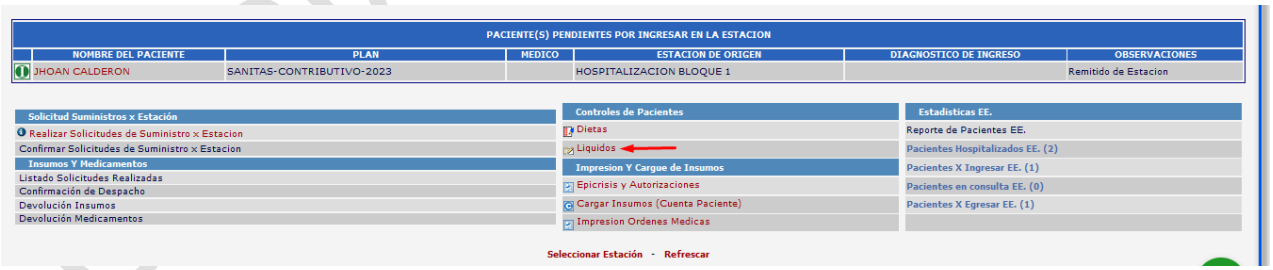
COPIA CONTROLADA

Se debe ingresar los datos y dar clic en insertar donde genera una alerta que le confirma el ingreso de la información.



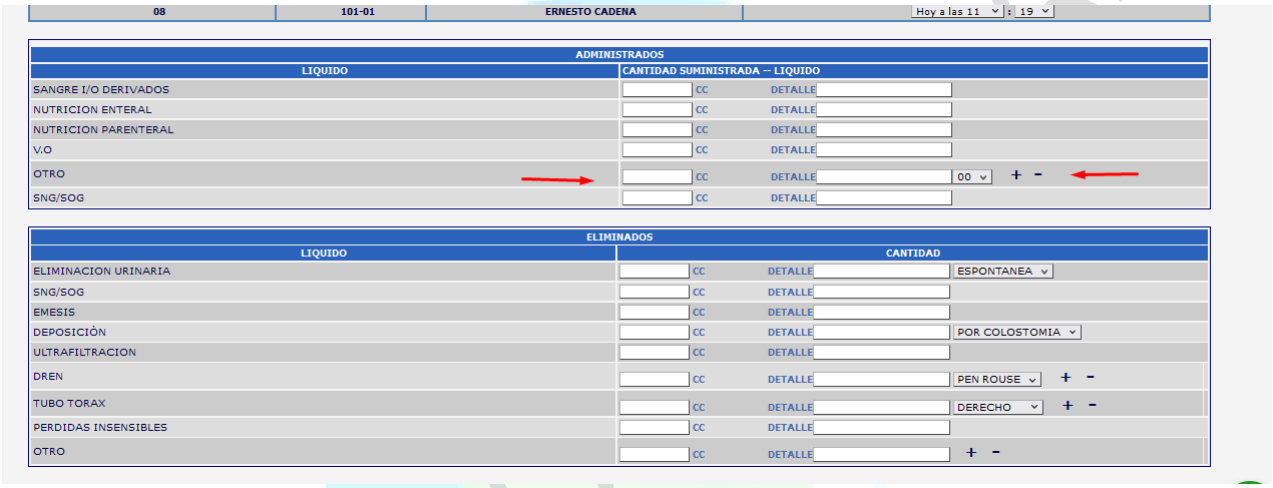
7.6.11. Balance de líquidos

Dentro de cada estación de enfermería en la parte inferior de la ventana, se podrá ingresar a la opción líquidos, la cual consiste en registrar la información de administración y eliminación de líquidos del paciente.

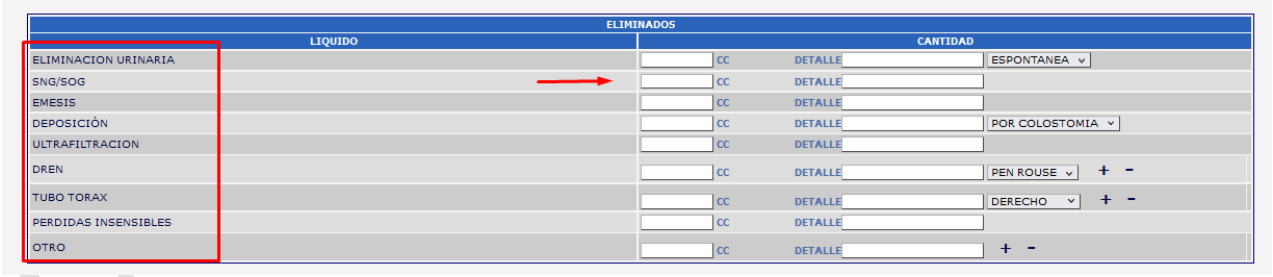


Al ingresar se podrá visualizar el listado de los pacientes ingresados en la estación, escogemos el paciente por la opción adicionar.

En la parte superior de la ventana se deberá escoger el tipo de líquido a suministrar ejemplo: nutrición enteral, sangre y/o derivados, se debe escoger la cantidad en CC y el detalle.
Para el caso de ser un suministro de líquidos como SSN el tipo de líquido será OTRO, y en detalle se debe escribir si es SSN o SOLUCION HARMAN. Dar clic en INGRESAR DATOS.



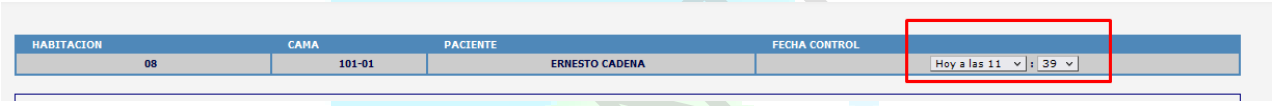
Para registra la información de gasto urinario o gasto diurético, se deben realizar en la misma ventana en la parte inferior, aquí se debe indicar el tipo de eliminación ejemplo por sonda, espontánea, etc. En caso de ser por sonda se debe indicar la cantidad eliminada, registrar datos y clic en insertar.



Al regresar a la ventana de líquidos podemos ver el balance diario y el balance acumulado

Al dar clic podemos ver la información de líquidos suministrados, eliminados y acumulados

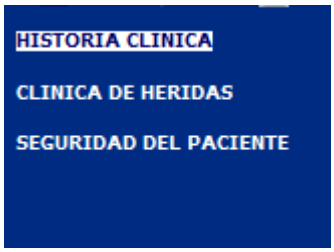
Es IMPORTANTE tener en cuenta al momento de registrar esta información la opción de la hora, la cual será importante para coincidir con la orden médica y cálculos de este proceso.



En la opción BALANCE ACUMULADO, se podrá visualizar la información de suministro y gasto de líquidos durante la estancia del paciente.

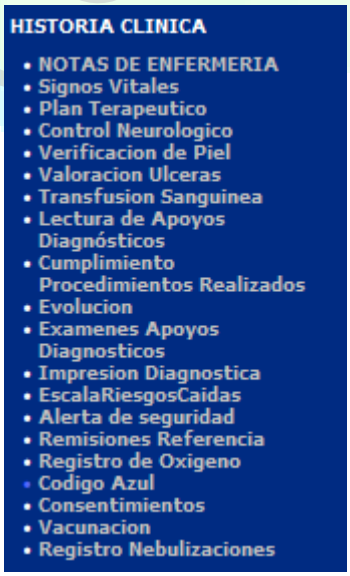
De esta manera se debe diligenciar la información requerida en cada una de las diferentes opciones para los pacientes.
Otra información importante para diligenciar será la que componen la historia clínica.
Para ingresar y visualizar la historia clínica del paciente lo debemos realizar dando clic en el icono **HC** de color verde como lo muestra la siguiente imagen

A continuación, encontrará los diferentes submenús que componen la **HISTORIA CLÍNICA**



En el submenú historia clínica, se podrá visualizar principalmente la información básica del paciente.

En la parte superior izquierda, al ingresar al se desplegará cada una de las opciones que componen el submenú HISTORIA CLINICA.



Detallaremos a continuacion cada una de ellas empecemos con:

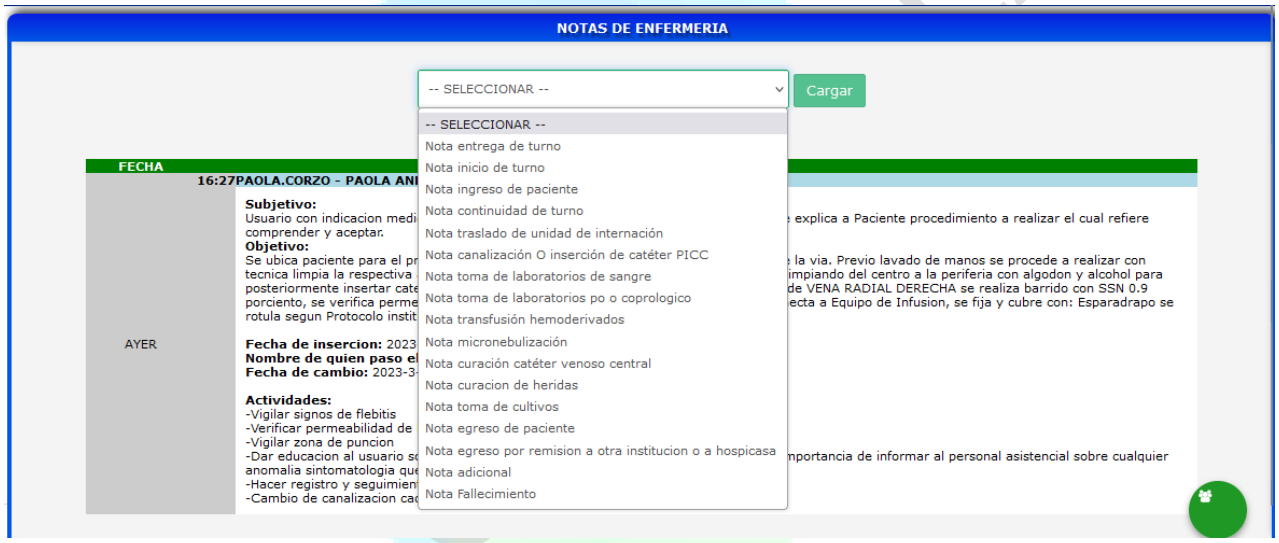
COPIA CONTROLADA

7.6.12. Notas de enfermeria

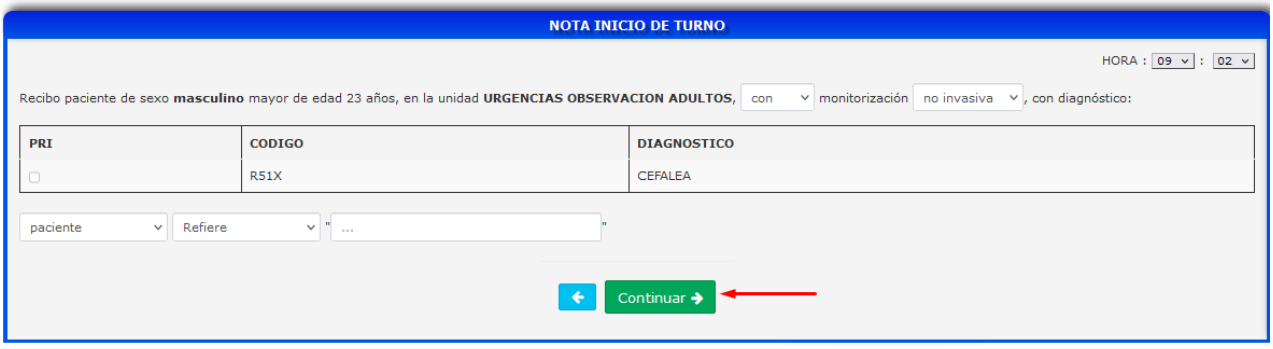
Para las notas de: ingreso, inicio, entrega y continuidad de turno el sistema cuenta con dichas plantillas con información precargada facilitando el registro de la información del paciente excepto en los siguientes servicios: Cirugía, Urgencias Ginecológicas y Urgencias Consultas que se utiliza un cuadro de texto para escribir la nota.

En todas las estaciones se maneja una nota llamada **nota adicional** y se utilizaría en caso de requerir algo adicional.

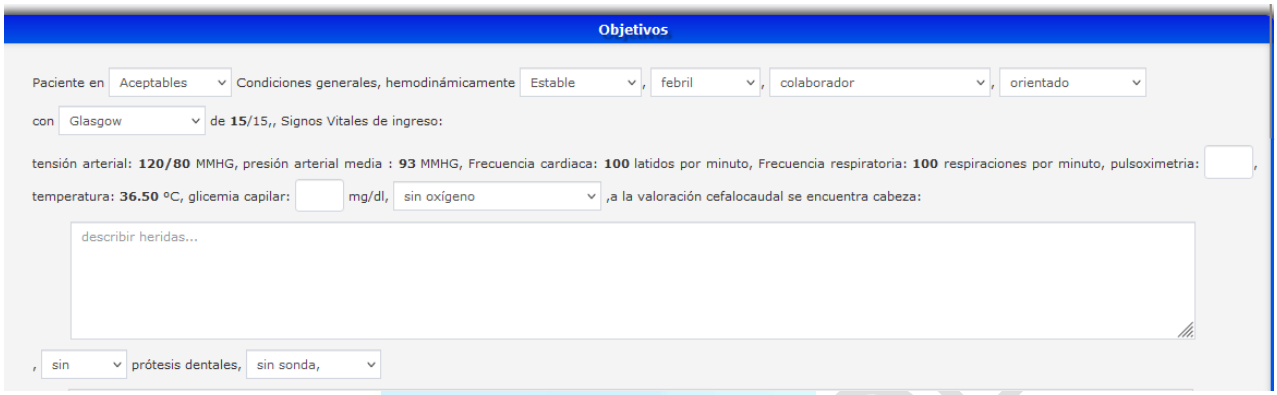
En algunas plantillas muestra información diligenciada en otros menús de la historia clínica, por ejemplo, diagnósticos, últimos signos vitales registrados, escalas de riesgos diligenciadas, últimos registros de oxígenos, entre otros.



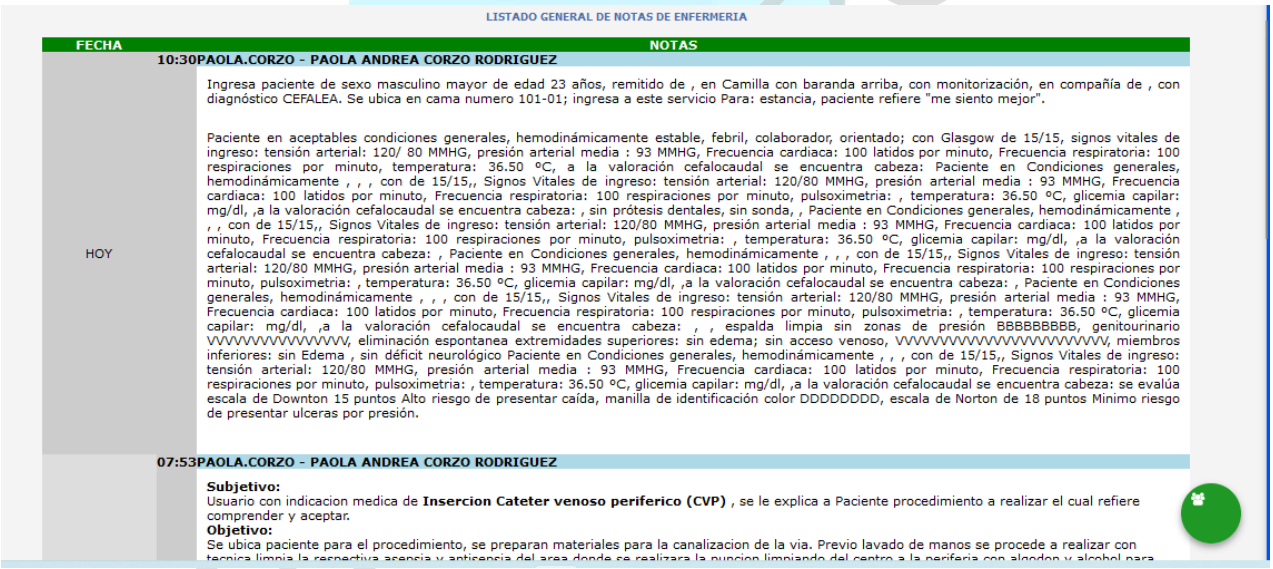
Se deben ingresar los datos de la nota de enfermería que se va a realizar y luego completar los campos solicitados para abrir la plantilla y dar clic en continuar.



Luego le aparecerá una ventada donde deberá ingresar una información necesaria para complementar la información del paciente y dar clic en finalizar, de esta manera quedará la nota registrada.

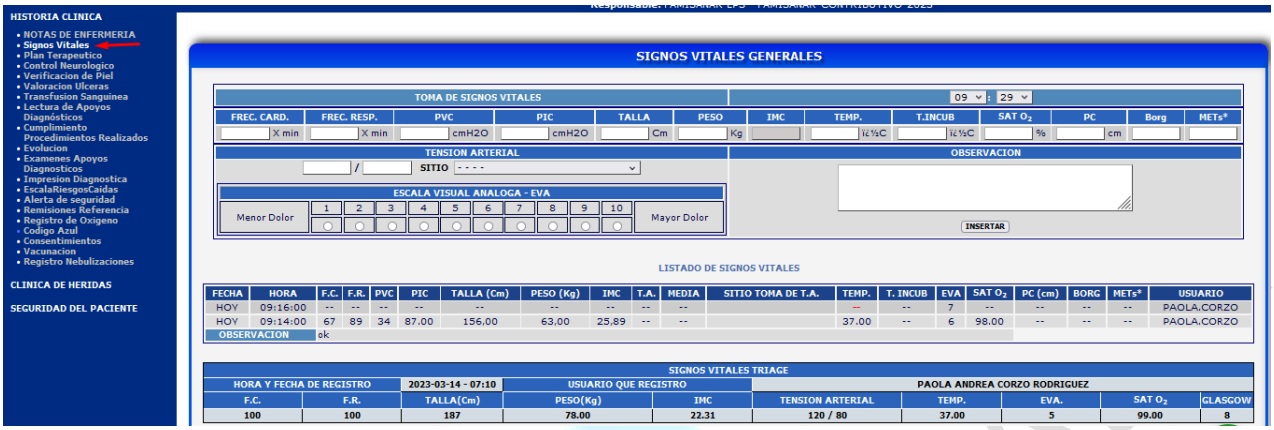


En la parte inferior se podrá visualizar las notas realizadas al paciente con ese usuario.



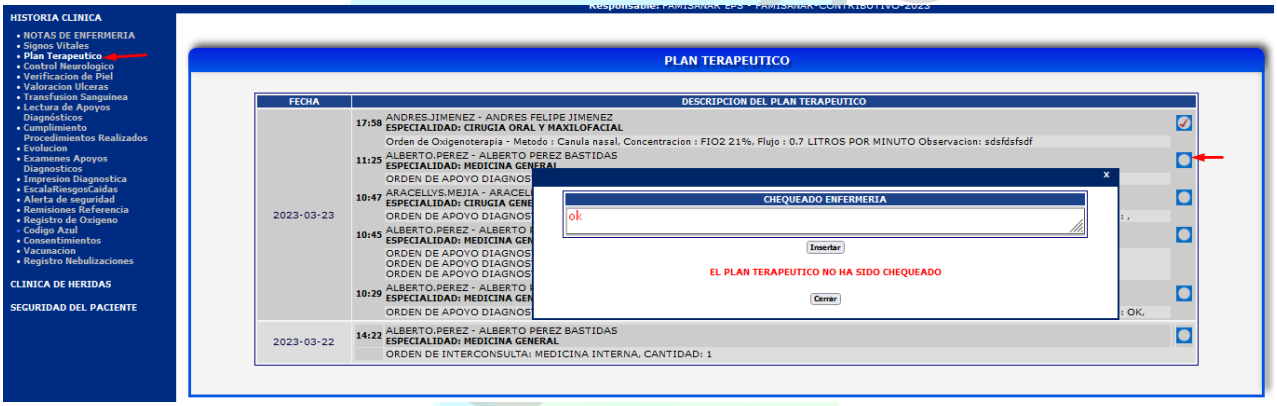
7.6.13. Signos Vitales

En esta opción se debe diligenciar la información requerida de este campo, en la parte inferior se visualizará el historial de signos vitales tomados por fecha.



7.6.14. Plan Terapéutico

Aquí se podrá visualizar las ordenes médicas, se debe dar check por parte de enfermería a las ordenes que se van cumpliendo, escribir una observación y luego insertar.



7.6.15. Control Neurológico

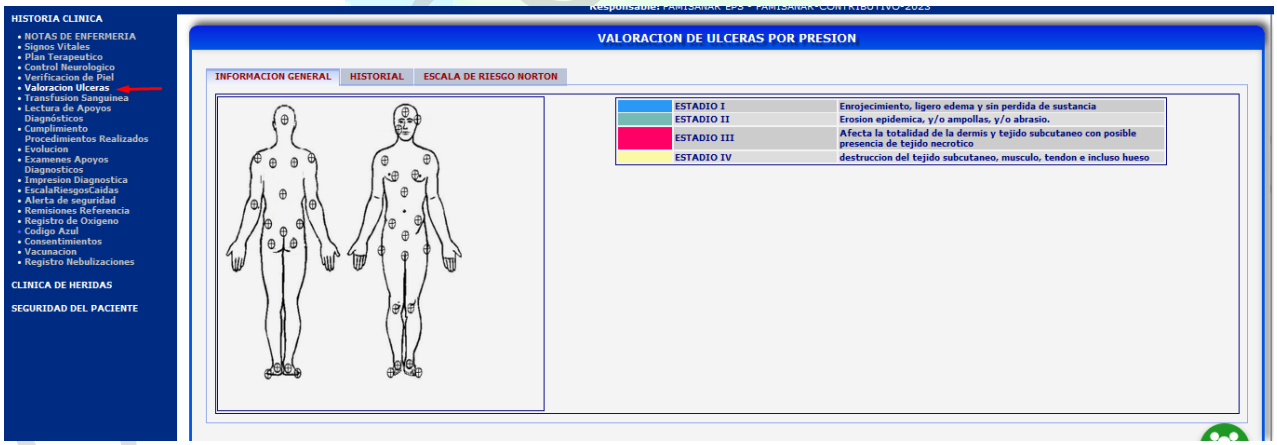
Se deben diligenciar cada uno de los campos requeridos y luego dar clic en insertar para guardar la información.

7.6.16. Verificación de Piel

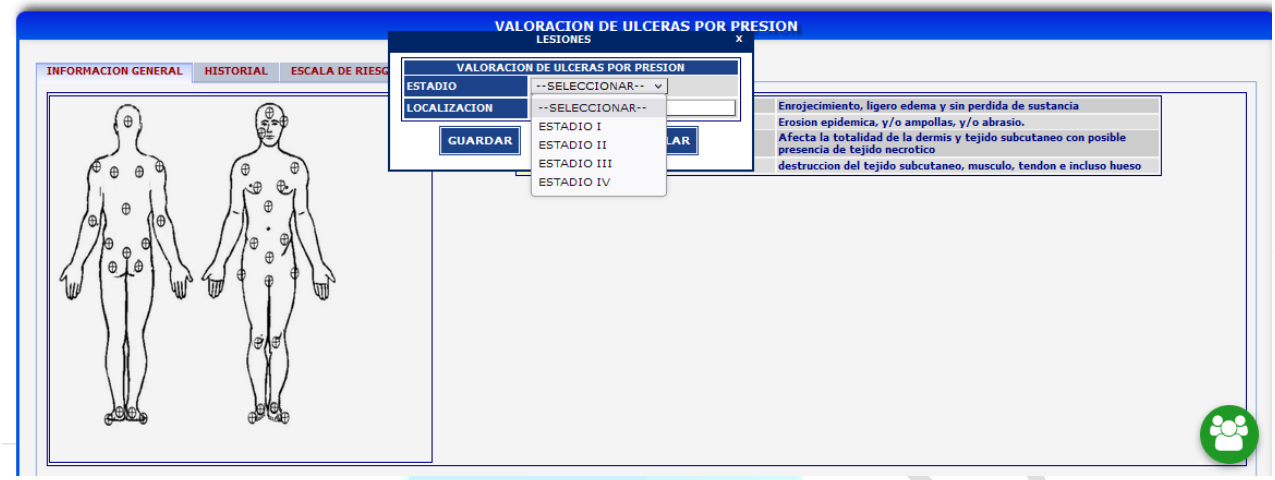
En esta ventana se deben escoger por cada ítem dando clic para rellenar el ovalo según su criterio, al final podrá ingresar una observación que considere y dar clic en guardar.

7.6.17. Valoración Ulceras

Esta opción aplica para aquellos pacientes que presentan alguna lesión por úlceras, aquí se debe indicar en la gráfica la parte del cuerpo donde se va a realizar la valoración.



A continuación, se desplegará un cuadro para indicar donde se realizaría la valoración de la úlcera por presión, indicar el ESTADIO la localización y dar clic en guardar, una vez ingresada la información se podrá visualizar en la parte inferior.

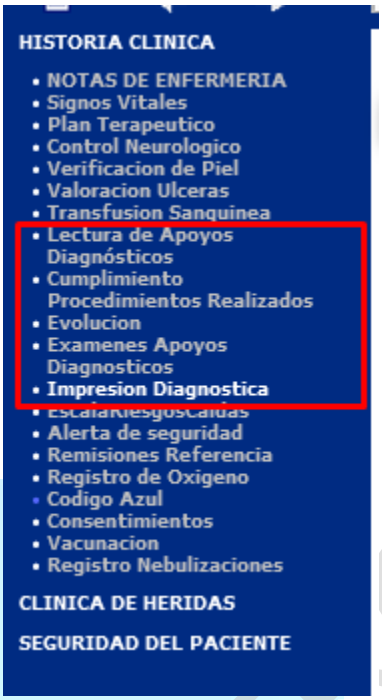


7.6.18. Transfusión Sanguínea

Aplica para los pacientes que requieren este procedimiento, aquí se debe registrar la información correspondiente que contienen la unidad del hemoderivado a aplicar.

Las opciones que se encuentran resaltadas en el siguiente recuadro rojo serán de tipo informativo en la historia clínica del paciente, en ella se podrá visualizar y corresponden a las condutas médicas.

COPIA CONTROLADA



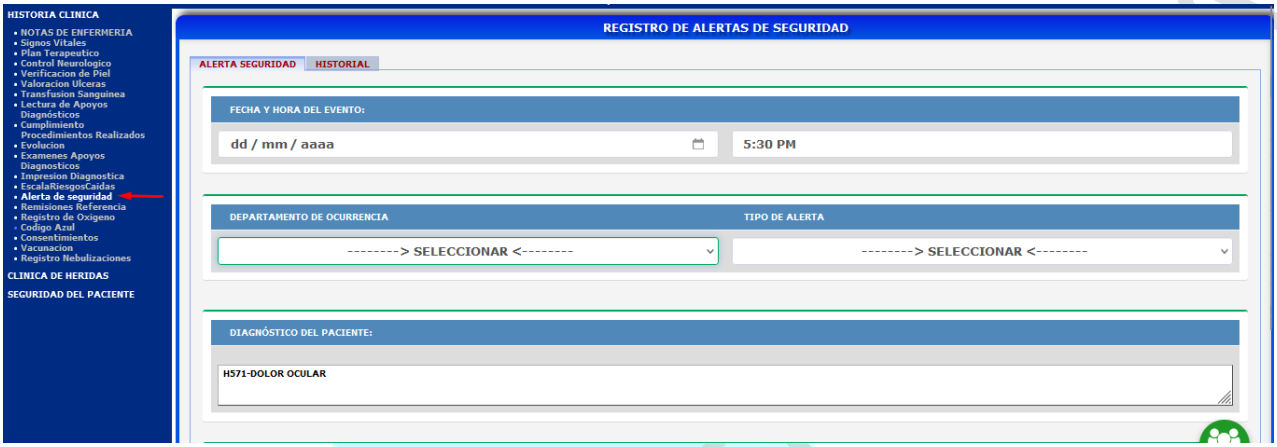
7.6.19. Escala riesgos caídas

En esta opción corresponde a la escala de riesgo, el sistema muestra automáticamente la correspondiente DOWNTON para pacientes mayores de 7 años y HUMPTY DUMPTY para igual o menor a 7 años, se debe diligenciar cada ítem según se considere y luego se da en guardar, seguidamente encontrará dos pestañas que corresponden a la opción INSTRUCTIVO y la opción HISTORIAL donde se pueden consultar todas las diligenciadas en atenciones pasadas.

CONTROLADA

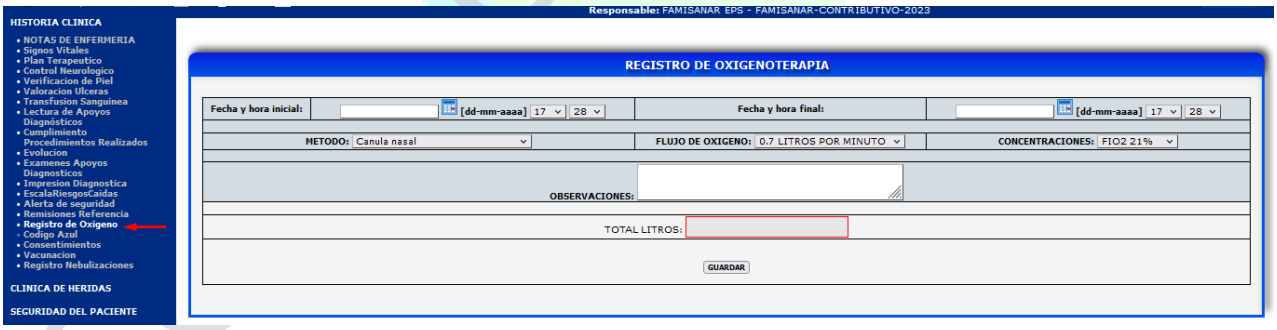
7.6.20. Alerta de Seguridad

Esta opción aplica para los casos en donde se registre un evento considerado como alerta de seguridad con el paciente, en él se deben describir detalladamente los datos correspondientes al suceso, describir FECHA, HORA, DEPARTAMENTO DE OCURRENCIA, TIPO DE ALERTA, DESCRIPCION DEL EVENTO y por último se debe dar clic en guardar.



7.6.21. Registro de Oxigeno

Corresponde al registro de la información de aquellos pacientes a los que por su condición de salud y criterio médico se les debe suministrar oxígeno, aquí se deberán ingresar los datos como método, flujo de oxígeno, concentración entre otros, al final deberá dar clic en guardar. Se carga automáticamente la cantidad de litros a la cuenta del paciente para proceso de facturación, puede eliminar el registro solo el usuario que lo realizó.



7.6.22. Código Azul

En el caso que se presente un código azul con un paciente que ingresa al HACMC se debe registrar todo el proceso realizado al paciente, describir la nota en forma clara y detallada y los insumos utilizados en el procedimiento. Este es un evento que debe estar por el médico y por jefe de enfermería para poder realizar el cierre de la atención.

7.6.23. Consentimientos

Aquí se podrá consultar el diligenciamiento de los consentimientos para procedimientos a realizar al paciente.

7.6.24. Vacunación

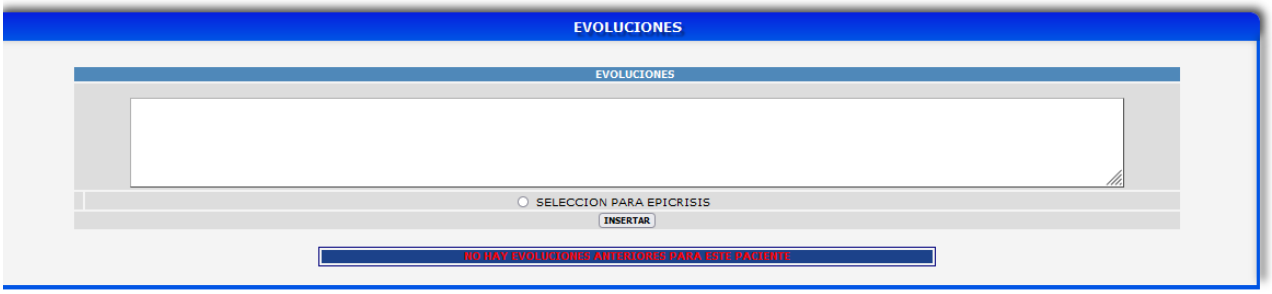
Esta opción aplica en el servicio hospitalario para toda la especialidad de neonatos, unidad materna y en el servicio ambulatorio para registro de información COVID.
Se debe escoger el nombre del biológico aplicado, seleccionar la dosis seguidamente clic en opción y en la parte inferior clic en guardar, esta información quedará registrada y se podrá consultar por la opción HISTORIAL.

COPIA CONTROLADA

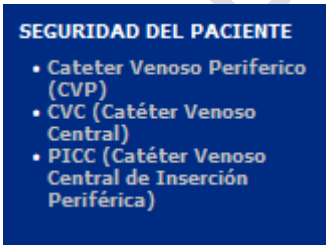
7.6.25. Clínica de Heridas

En esta opción el profesional responsable de este procedimiento deberá describir de forma detallada el procedimiento realizado, e insertar la nota, a continuación, se desplegará una lista donde debe seleccionar el procedimiento realizado, para dar clic en guardar.

En la parte inferior se visualizará el historial de estos procedimientos realizados al paciente.

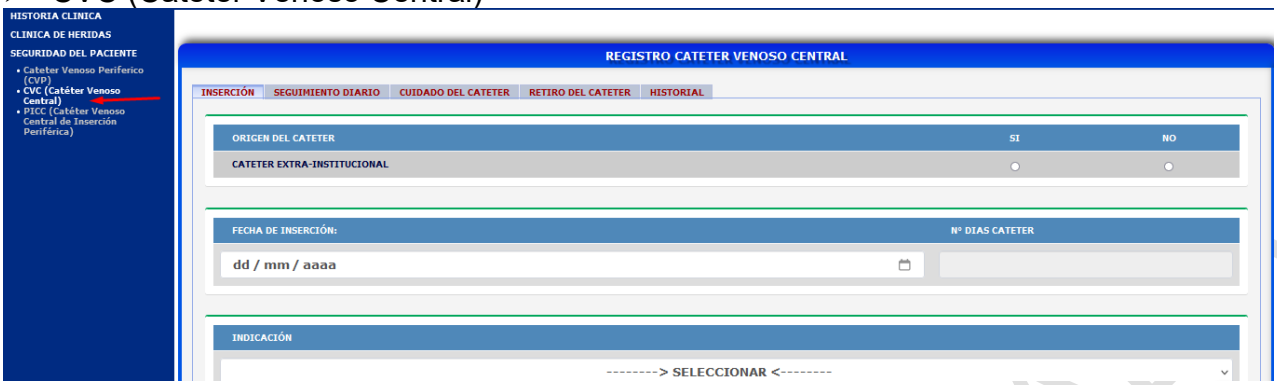


7.6.26. Seguridad del paciente



En este submódulo se debe ingresar toda la información correspondiente a la inserción de catéter que se les realice al paciente, sus diferentes accesos de igual manera registrar seguimientos y retiros.

➢ CVC (Catéter Venoso Central)



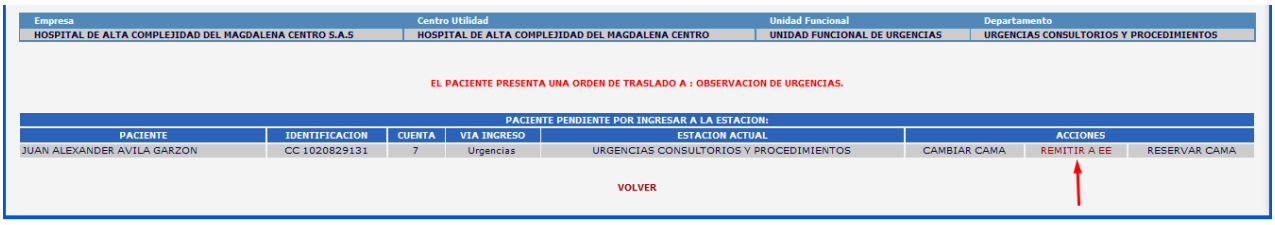
Se debe ingresar la información correspondiente a la canalización del paciente durante su estancia, de igual manera el seguimiento, cuidado y el retiro de este dispositivo. Esta información se verá reflejada en la nota de enfermería y no le permitirá realizar entregas o cierre de turno si no se registra esta información.

7.6.27. Trasladar pacientes entre estaciones

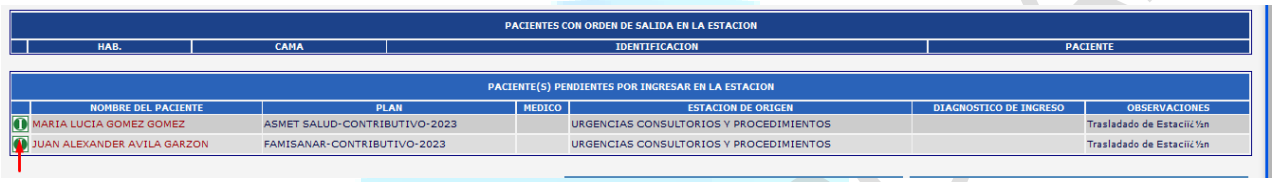
ingresando por el módulo **ATENCION DE PACIENTES**, donde se puede visualizar todas las estaciones

Al ingresar a la estación asignada donde se observan todos los pacientes que se encuentran en la estación, los pacientes que tienen pendiente ordenes de traslados los podemos reconocer con el icono así:

Se debe dar clic en ese icono y escoger la estación a donde será trasladado el paciente.



Los traslados a estaciones como: urgencias consulta, urgencias ginecológicas y cirugía no dependen de reserva de camas.
Luego de seleccionar la estación destino del paciente, al ingresar a dicha estación en la parte inferior se visualizará el paciente pendiente para aceptar el traslado y asignarle cama.



7.6.28. Traslado de pacientes a cirugía

Los pacientes que tengan orden de traslado a cirugía se identificaran con el icono

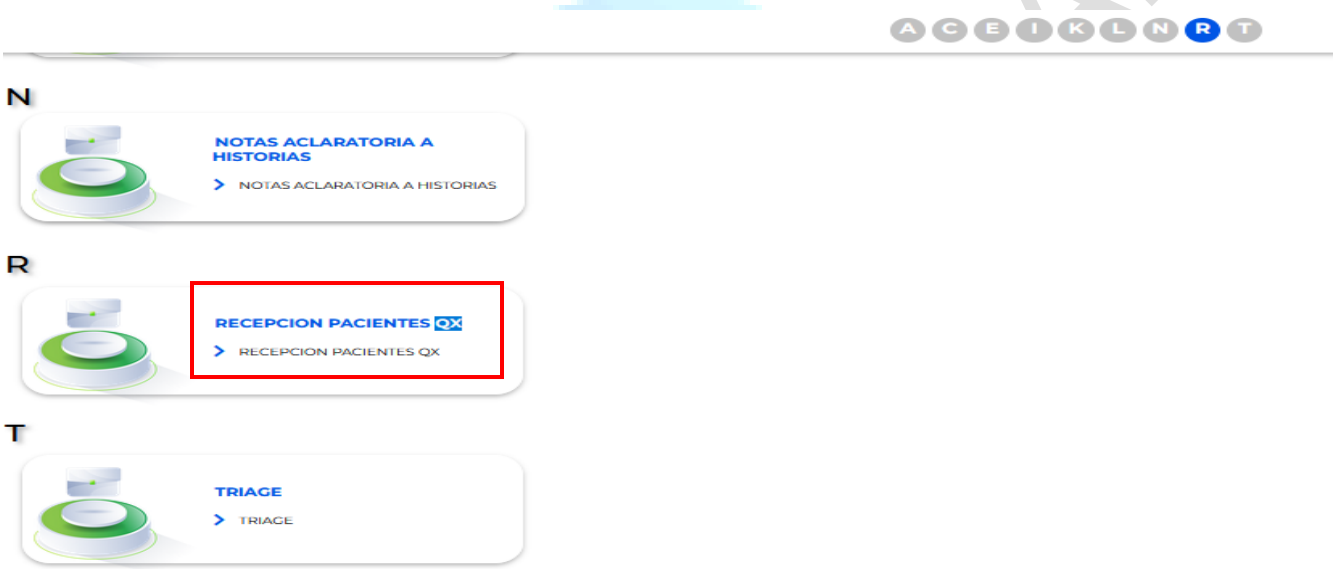
Para realizar este traslado al paciente se debe dar clic en el icono donde le indica que el paciente tiene pendiente orden de traslado al servicio de sala de cirugía.

Se debe dar clic en ingresar donde se visualiza una ventana, se debe indicar si el paciente le será liberada la cama o no, esta respuesta depende del procedimiento del paciente, pero es recomendable **NO** liberar la cama en caso del paciente regresar a la estación continuará con la cama asignada.

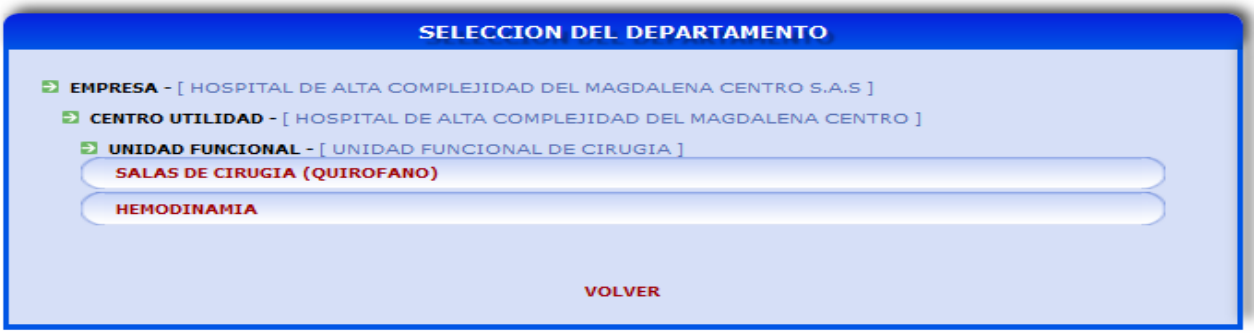
Al regresar a la estación le indicará que el paciente se encuentra en sala de cirugía, pero continúa con la cama asignada en la estación.

7.6.29. recepción de pacientes QX

Esta acción la podemos ejecutar a través del módulo **RECEPCION DE PACIENTES QX** en los diferentes menús a los que se tiene acceso



Al ingresar a este menú nos presenta las dos opciones disponibles SALA DE CIRUGIA-QUIROFANOS y HEMODINAMIA, se debe escoger la estación a la cual le vamos a hacer la recepción del paciente, en este ejemplo será **sala de cirugía (quirófano)**



Para el caso en el que el paciente ya tenga una cirugía programada su ingreso se realiza dando clic en AÑADIR A ESTACION.

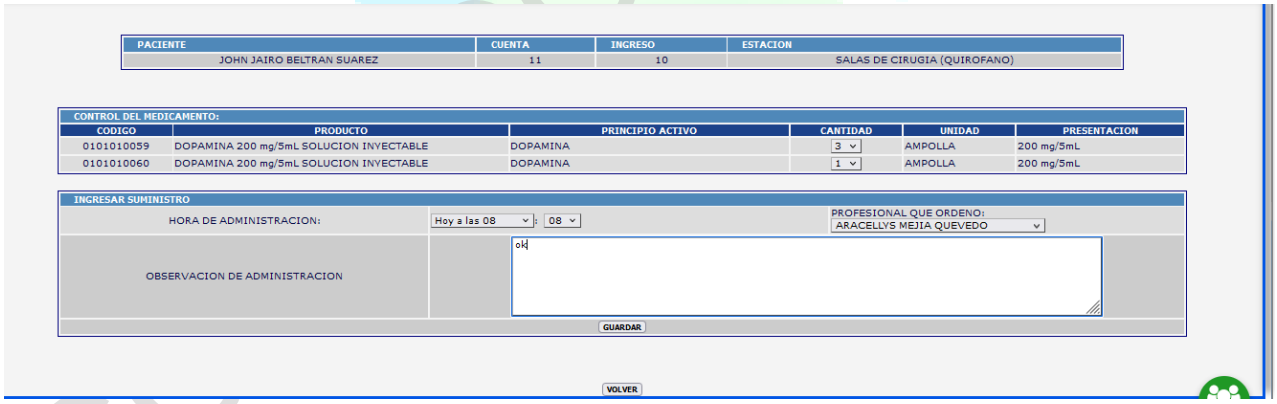
Si el paciente no cuenta con una cirugía programada, es decir, es una cirugía de urgencias para este caso se debe seleccionar lo correspondiente a la programación. Esta información corresponde a:

- Seleccionar el quirófano
- Seleccionar el horario de la cirugía – crear la reserva
- Diligenciar los datos del procedimiento

Es obligatorio indicar el procedimiento, seleccionando el que tiene ordenado por el médico y el paquete de insumos requeridos (canasta quirúrgica).
Una vez ingresado el paciente a la estación sala de cirugía para su procedimiento y se realice la solitud -despacho de la canasta quirúrgica se debe hacer el suministro de esta, la cual se debe hacer por el icono de la capsula de color **azul.**

Se desplegará una ventana donde se deben confirmar las cantidades y dar clic en suministrar.

A continuación, confirmamos los datos del procedimiento y clic en guardar.



7.6.30. Salida de pacientes de cirugia y regresar a la estacion origen

Una vez realizado el procedimiento al paciente, suministrada la canasta quirúrgica y que el especialista realice la nota operatoria, se debe realizar por orden médica el traslado del paciente y este traslado puede ser a la estación origen o a una nueva estación cuando se realice la respectiva reserva de cama.
Esta acción se debe realizar por el icono de color rojo que indica que el paciente tiene traslado, se debe seleccionar la estación destino.

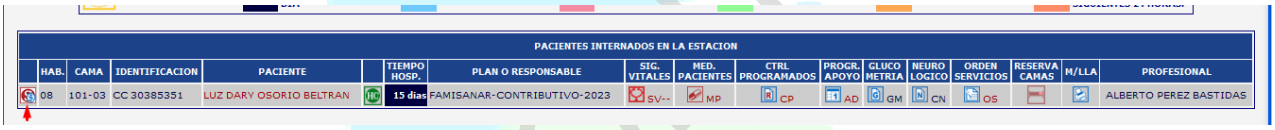
IMPORTANTE: para realizar el egreso del paciente de sala de cirugía se deben realizar estas dos acciones:

- ✓ Suministro de la canasta quirúrgica
- ✓ Nota operatoria

En caso de necesitar productos adicionales a los que componen la canasta quirúrgica, solo el circulante de quirófano es el autorizado para salir y realizar esta solicitud a farmacia, en caso de no utilizar todos los componentes de la canasta se debe realizar el respectivo devolutivo a farmacia y ellos deberán confirmar este recibido.

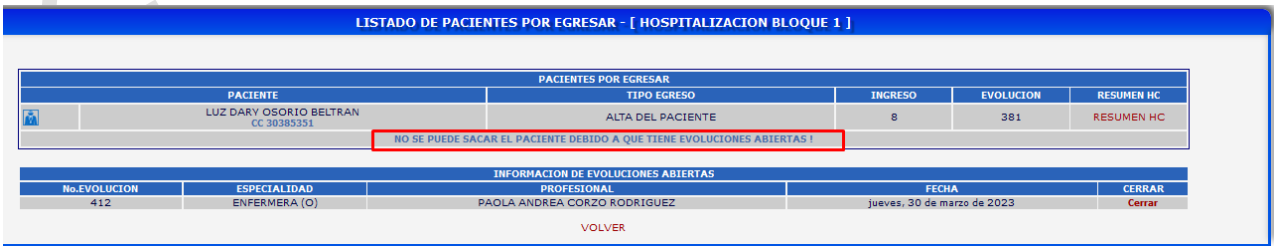
7.6.31. Salida del paciente

Para los pacientes que tienen orden medica de salida el icono que le indicará esta acción es el siguiente:
Para este caso el jefe de enfermeria debera revisar que el paciente no tenga medicamentos pendientes por suministrar, devolver o algun procedimiento u ordenes médicas pendientes.



De la misma manera se podrá visualizar en la parte inferior del panel de la estación los pacientes pendientes con orden de salida.

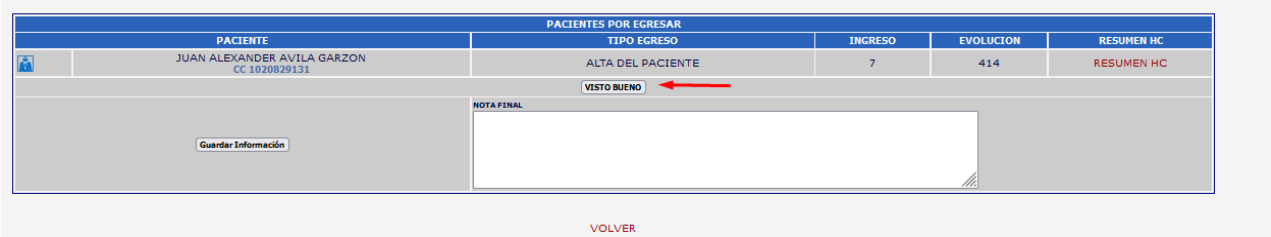
Una vez realizado esta verificacion, se debe dar clic en el icono que tiene la letra **S**, en caso de que el paciente se encuentre con alguna evolución abierta, medicamentos pendientes por suministrar o devolver, le saldrá una alerta que le indica el motivo por el cual el paciente no puede ser sacado de la estación.



COPIA CONTROLADA

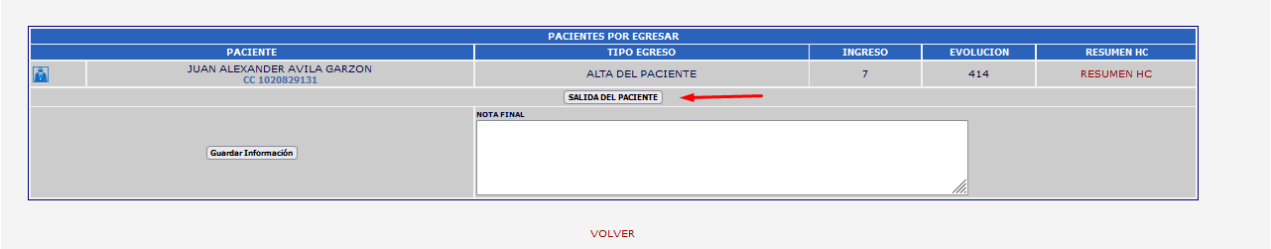
Motivo por el cual se debe validar todo lo pendiente con el paciente.

Una vez que todo este correcto para el egreso del paciente, el jefe de enfermería deberá dar clic en visto bueno indicando su aprobación para salida, de esta manera quedaría solo pendiente por parte de facturación para el egreso del paciente.



Después que facturación realice esta acción, el icono de la **S** cambiará así:

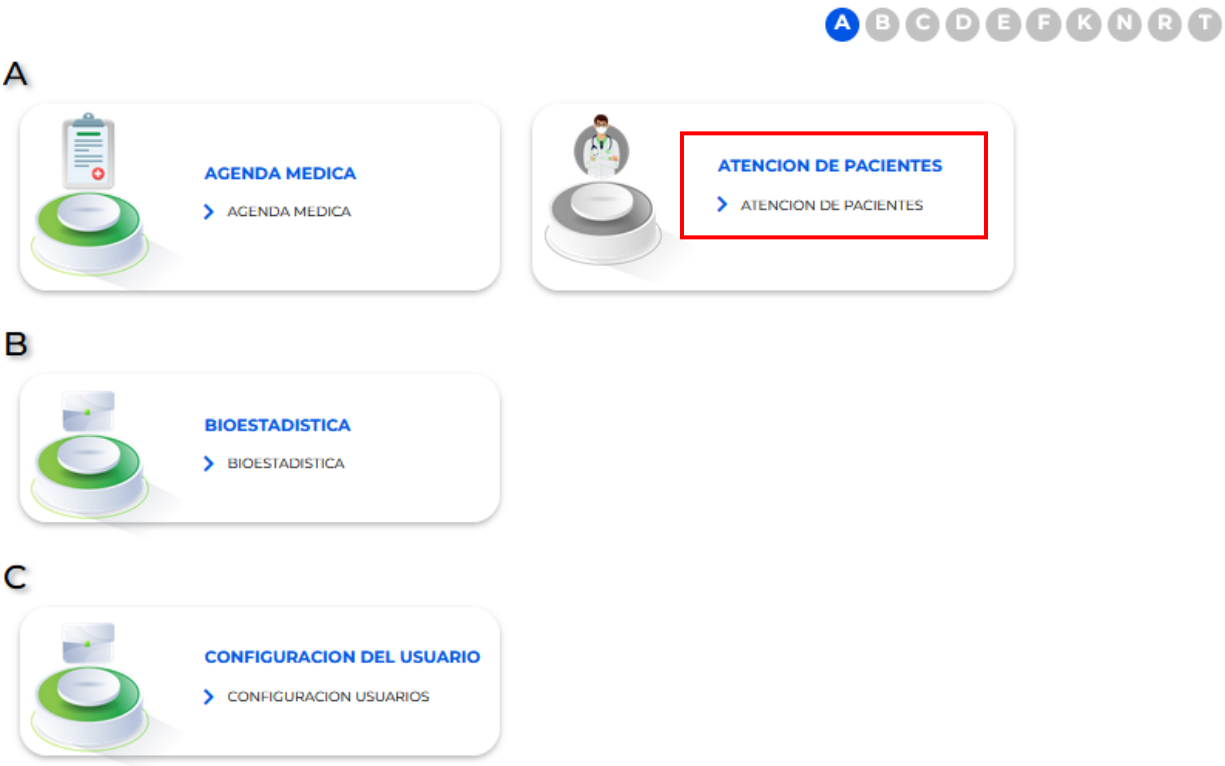
Indicándole a enfermería que ya puede dar el último paso para egreso del paciente, el cual consiste, en dar clic en la **S** y dar clic en SALIDA DEL PACIENTE.



Por último, le mostrará que la realización del proceso de egreso del paciente quedó satisfactoriamente.

7.7. médicos generales y especialistas

Una vez ingresamos encontraremos el módulo atención de pacientes donde se puede ver la información correspondiente al servicio hospitalario.



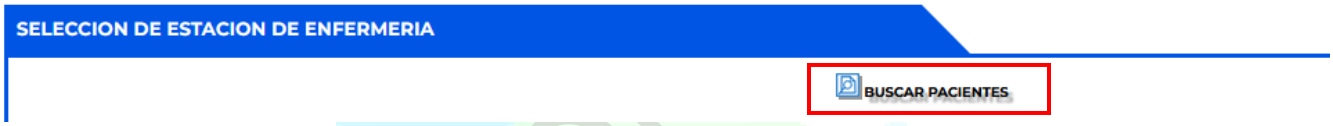
7.7.1. Modulo atención de pacientes.

Al ingresar a este módulo se puede visualizar las diferentes estaciones o áreas de servicio tales como:

- Urgencias
- Hospitalización
- UCI
- Salas de cirugía
- Sala de hemodinamia

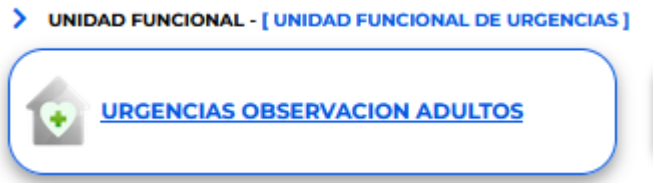
- Recuperación de cirugía
- Entre otras.

En el caso de buscar un paciente especifico y de maneta rápida lo podemos hacer por la opción **BUSCAR PACIENTE** la cual se encuentra en la parte suprior del menú.



Ingresando a esta opción y con los datos personales del paciente podemos saber en qué estación o servicio se encuentra ubicado.

Para ingresar a una estación o servicio asignado damos clic en el departamento especifico, ejemplo **URGENCIAS OBSERVACION ADULTOS**.



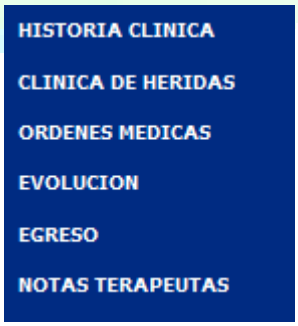
Al ingresar a esta opción encontraremos información de los pacientes que se encuentran internados en este servicio.

PACIENTES INTERNADOS EN LA ESTACION

	HAB.	CAMA	IDENTIFICACION	PACIENTE		TIEMPO HOSP.	PLAN O RESPONSABLE	SIG. VITALES	MED. PACIENTES	CTRL PROGRAMADOS	PROGR. APOYO	GLUCO METRIA	NEURO LOGICO	ORDEN SERVICIOS	RESERVA CAMAS	PROFESIONAL
	1	OB501	CC 1006848697	ALEXANDRA JACKELINE LOPEZ GARCIA	HC	168 dias	AIC EPS INDIGENA-SUBSIDIADO 2022-2	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		MASTER
	1	OB502	CC 1113791959	VICTOR MARIO BAENA URDINOLA	HC	178 dias	SALUD TOTAL EPS SUBSIDIADO-2022	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		MASTER
	1	OB503	CC 97472926	JHON EDISSON JOJOA CAMPANA	HC	104 dias	NUEVA EPS CONTRIBUTIVO 2022	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		MASTER
	1	OB504	CC 15570352	CESAR JULIO SAAVEDRA VELEZ	HC	168 dias	MALLAMAS E.P.S SUBSIDIADO 2022-DIFERENCIAL	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		KEVIN ANDERSON ORDONEZ BLANDON
	1	OB505	CC 41100509	BENILDA BOLANOS PINTA	HC	168 dias	MALLAMAS E.P.S SUBSIDIADO 2022-DIFERENCIAL	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		MASTER
	1	OB506	CC 1123315472	MERCY DAYANI RIASCOS CASTRO	HC	179 dias	EMSSANAR E.P.S CONTRIBUTIVO 2022-2	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		DAVID FERNANDO SALAS
	1	OB508	CC 1126453545	ROBINSON ANDRES LOPEZ ROMO	HC	168 dias	EMSSANAR E.P.S SUBSIDIADO 2022-2	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		DAVID FERNANDO SALAS
	1	OB516	CC 97437032	EDINSON GIOVANNY ROMO YELA	HC	178 dias	SEGUROS DEL ESTADO-SOAT 2022	SV--	MP	CP	AD	GM	CN	OS		NATALY PAOLA VILLAREAL PRASCA

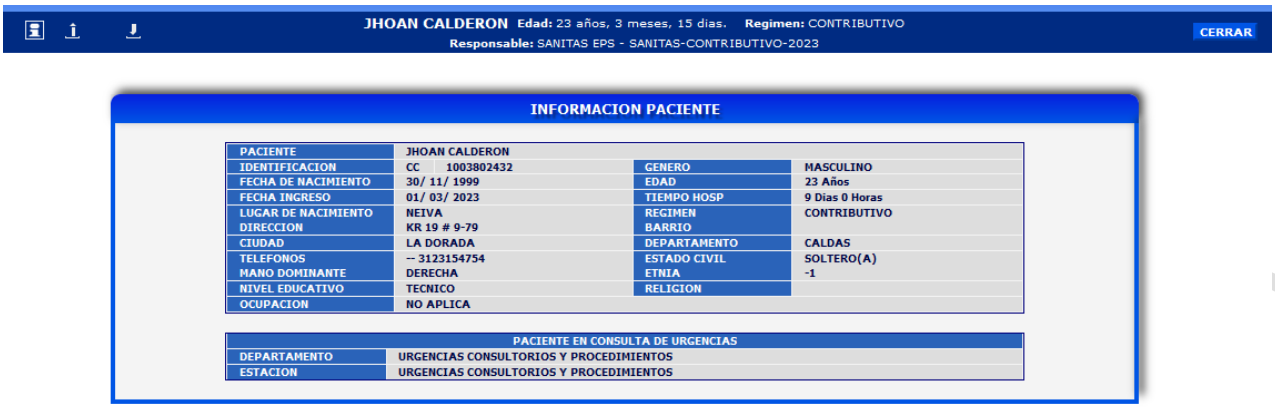
También encontrará información de cada paciente, detallados de derecha a izquierda así: Información personal, habitación, cama, historia clínica, tiempo de estancia desde su ingreso, plan o responsable de pago, signos vitales, medicamentos, controles programados, programación de apoyo, glucometrías, control neurológico, ordenes de servicios, reserva de camas, ordenes de servicios y profesional que atiende.

Para ingresar a la historia clínica de un paciente dirigirse al icono que aparece con donde encontrará en la parte superior izquierda las diferentes opciones como:



Inicialmente se podra visualizar información complementaria de los datos personales del paciente, asi como también los datos del servicio en el cual se encuentra.

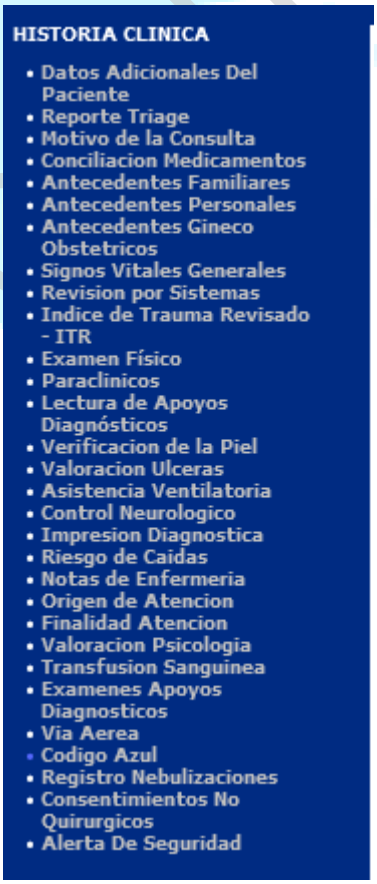
COPIA CONTROLADA



Luego en la parte superior izquierda podrá empezar a diligenciar la historia clínica en cada uno de los submenús.

Al dar clic en cada submenú encontrará diferentes opciones, a continuación, detallaremos cada una de ellas.

Opciones del submenú **HISTORIA CLINICA**:



COPIA CONTROLADA

7.7.2. Datos Adicionales Del Paciente.

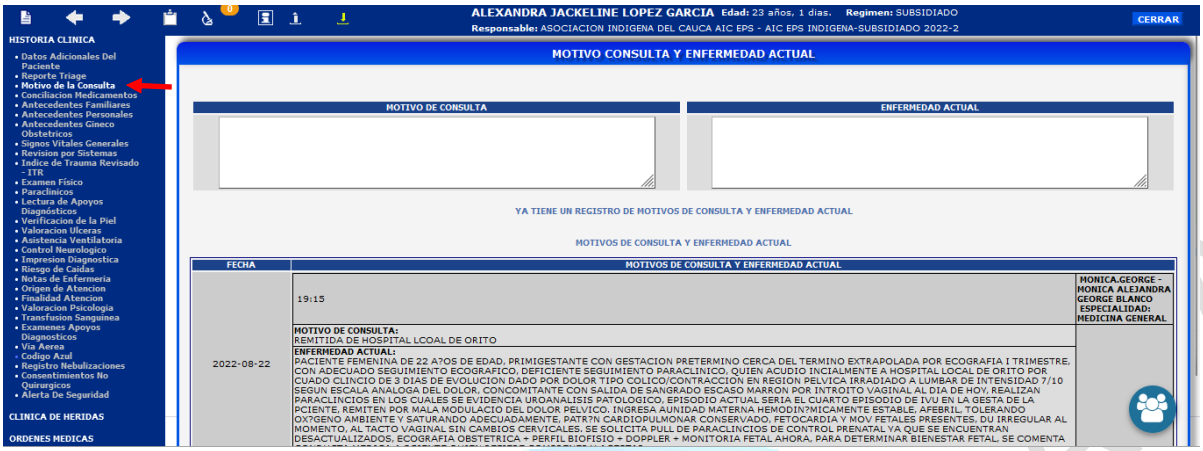
Aquí se deben ingresar datos complementarios del paciente en caso de que su ingreso sea por **ARL**

7.7.3. Reporte Triage

Esta es la información referente al filtro que tuvo el paciente al momento del ingreso por el servicio de urgencias.

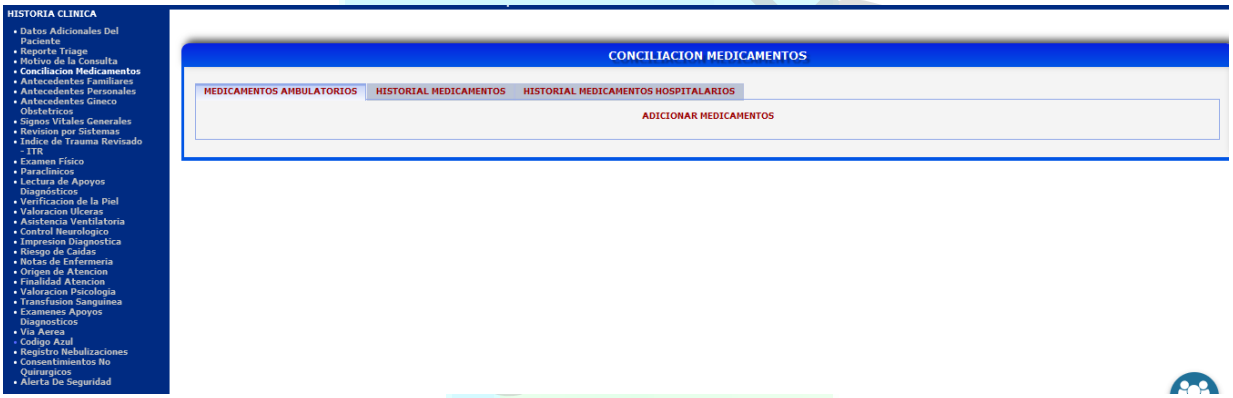
7.7.4. Motivo de la Consulta.

COPIA CONTROLADA



Aquí el profesional deberá registrar los datos suministrados por el paciente, tales como motivo de consulta, enfermedad actual.

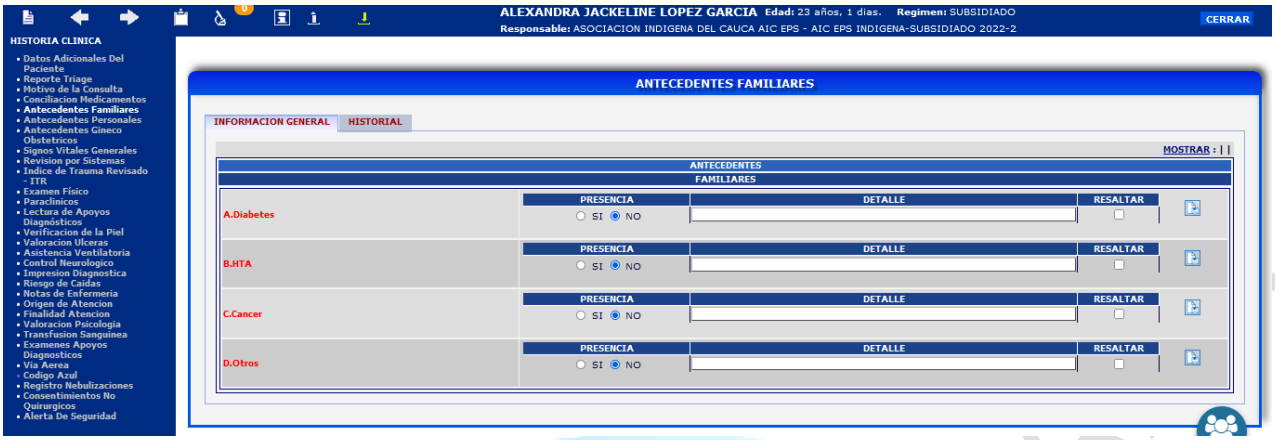
7.7.5. Conciliación Medicamentos



En la pestaña **ADICIONAR MEDICAMENTOS**, el profesional deberá ingresar la información suministrada por el paciente correspondiente al consumo de medicamentos también podrá visualizar y consultar en la opción **HISTORIAL DE MEDICAMENTOS** y la información de medicamentos que se le haya suministrado al paciente durante sus estancias en el hospital, esta se encontrará en la última pestaña **HISTORIAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS** una vez se ingresa esta información damos clic en GUARDAR.

7.7.6. Antecedentes Familiares

COPIA CONTROLADA



En esta opción se ingresará la información correspondiente a los antecedentes familiares del paciente y también podrá consultar información que haya sido ingresada por otros profesionales en atenciones anteriores.

7.7.7. Antecedentes Personales

El profesional podrá ingresar la información correspondiente en cada una de las opciones que allí se describen, por defecto todas se encuentran activas en **NO** y **NO REFIERE**, lo cual se podrá editar dependiendo de la información dada por el paciente.
Una vez el profesional selecciona la opción **SI** deberá escribir el detalle, luego le aparecerá la opción **RESALTAR**, deberá guardar cada una de las opciones en la medida que se vayan ingresando, por último, en la opción HISTORIAL se puede consultar la información ingresada por otros profesionales en atenciones anteriores.

7.7.8. Antecedentes Gineco-Obstétricos

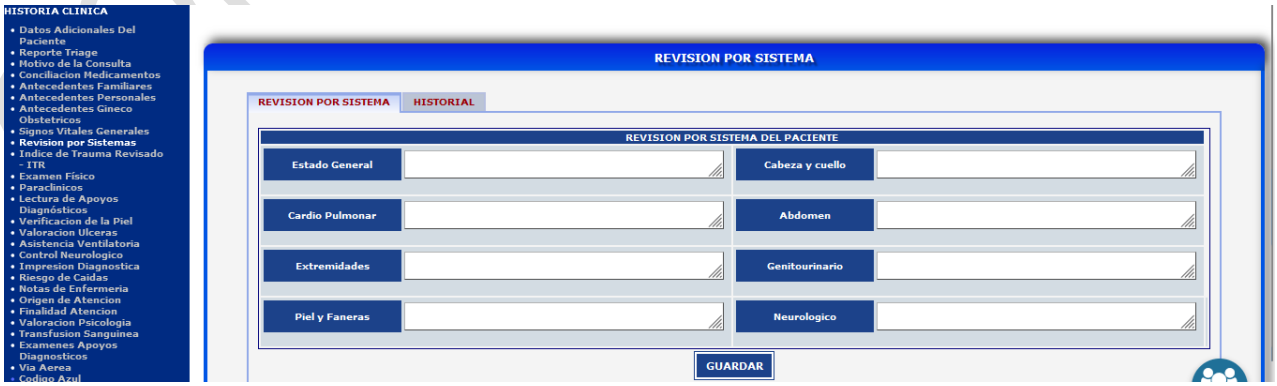
Esta parte del menú se habilitará de acuerdo con el sexo, dato que fue configurado en la creación o datos del usuario en el sistema.
Esta información se debe diligenciar de igual manera que la anterior, con la opción SI NO agregar el detalle, resaltar y guardar una a una.

7.7.9. Signos Vitales Generales.

Aquí el profesional deberá ingresar los datos correspondientes a la toma de signos vitales del paciente para luego dar clic en insertar.
También encontrará en la parte inferior el historial de este tipo de información del paciente.

7.7.10. Revisión por Sistema

Aquí el profesional deberá ingresar la información en cada casilla correspondiente a la revisión que se hace al paciente.



COPIA CONTROLADA

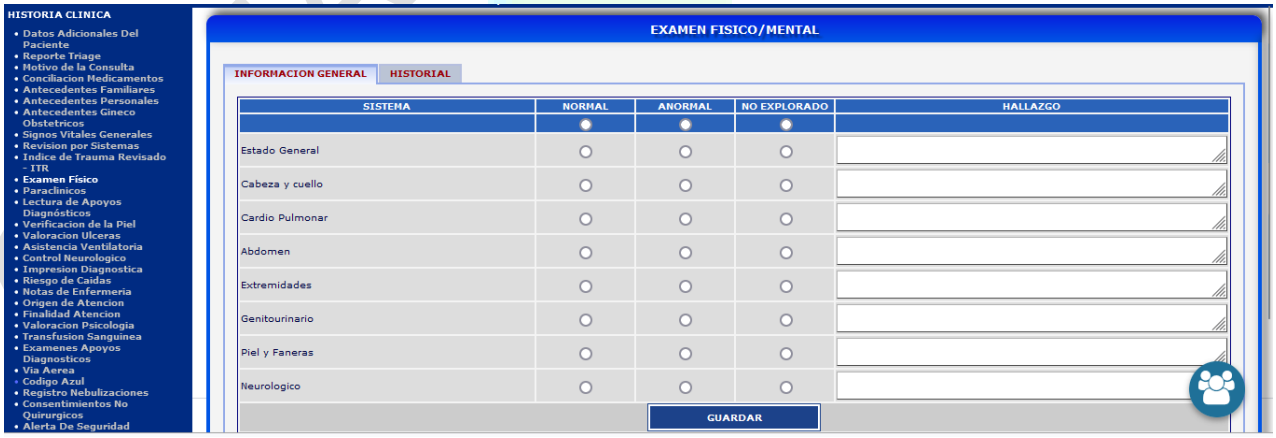
7.7.11. Índice de Trauma Revisado ITR

En esta opción se debe registrar la información en caso del paciente presentar heridas indicando región-tipo de trauma-sistema nervioso, se debe ingresar toda la información y dar clic en insertar.

7.7.12. Examen Físico

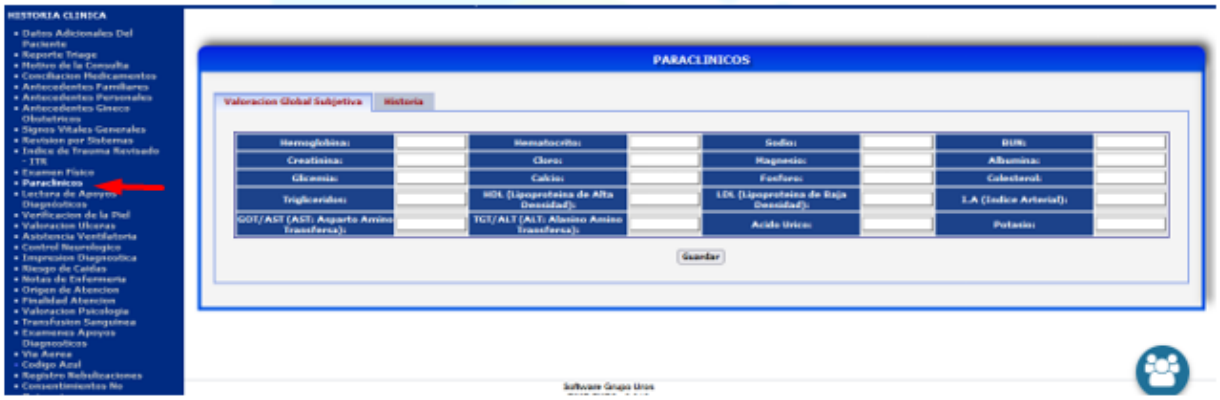
En información general, deberá insertar el resultado de la revisión realizada al paciente, que parte del sistema fue explorado y cual no, así como también los resultados encontrados lo cual lo debe ingresar en HALLAZGO, al final deberá dar clic en guardar.

En la parte de HISTORIAL se podrá consultar los datos que otros profesionales han ingresado en sus atenciones.

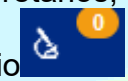


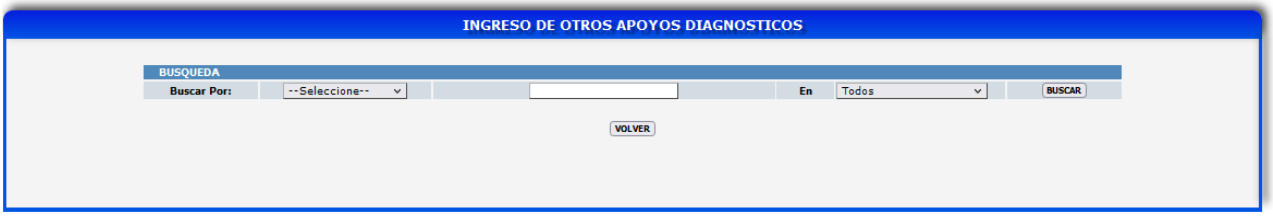
7.7.13. Paraclínicos

En esta opción el profesional deberá registrar los valores detallados del resultado de laboratorios en caso de que el paciente le hayan realizado de manera extrainstitucional.



7.7.14. Lectura de Apoyos Diagnósticos

En esta opcion el profesional podra leer los estudios ordenados al paciente internamente y que ya se encuentran para interpretarlos, otra opcion de lectura de apoyos es en la parte superior en el icono del microscopio 



.

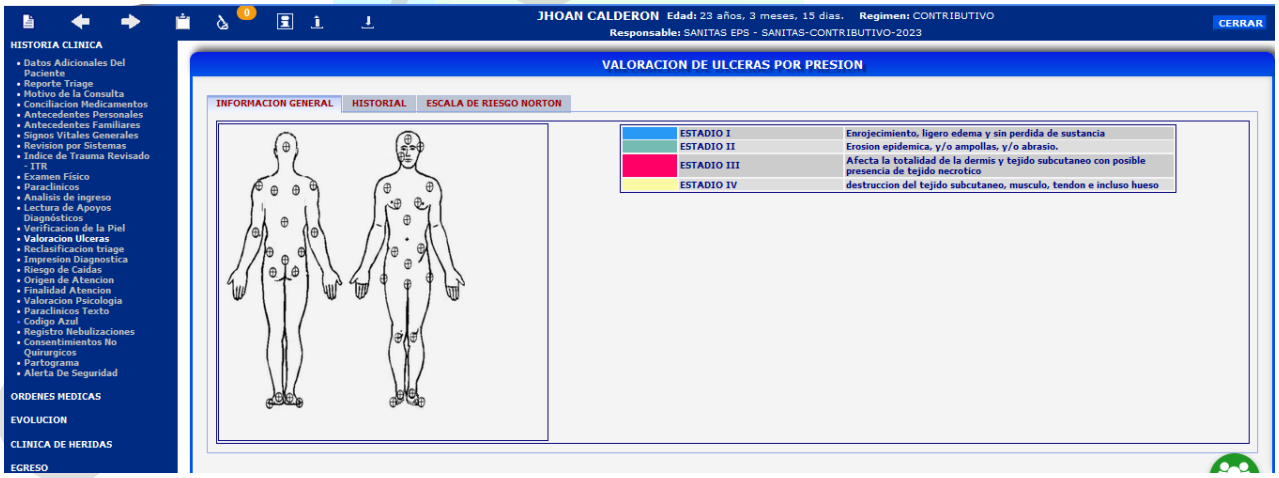
7.7.15. Análisis de ingreso

Corresponde al ingreso de la información del estado como llega el paciente, aplica también para los pacientes que ingresan como remitidos.

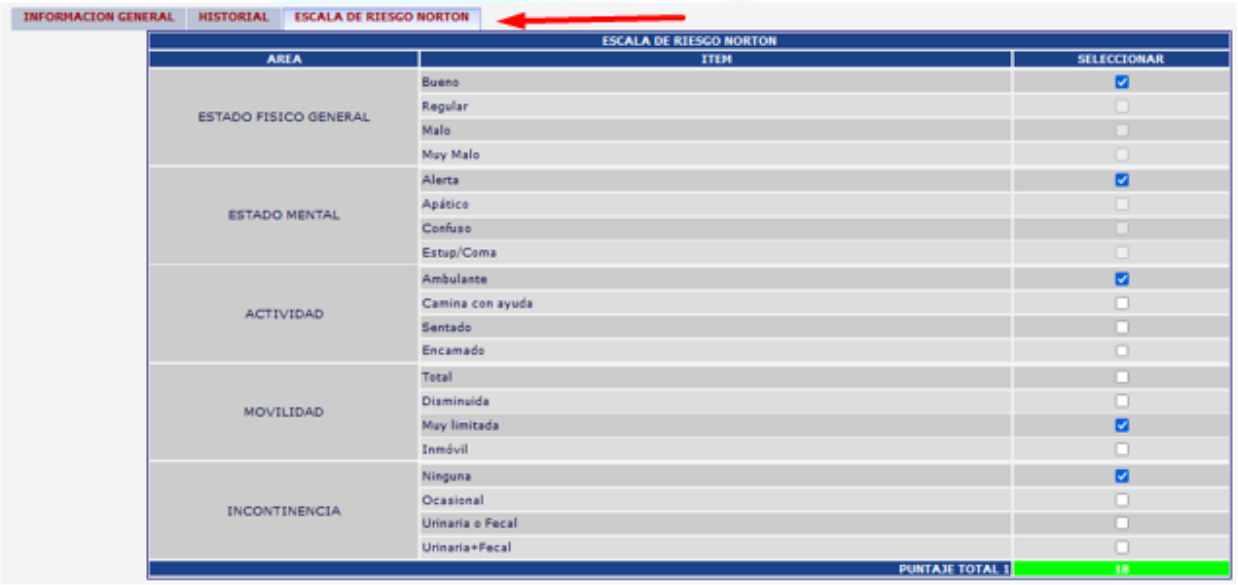
7.7.16. Verificación de la Piel

Opción donde se debe ingresar información correspondiente al estado de cada parte explorada, al final dar clic en guardar; también se puede ingresar en la casilla observación alguna nota adicional que el profesional considere.

7.7.17. Valoración Úlceras



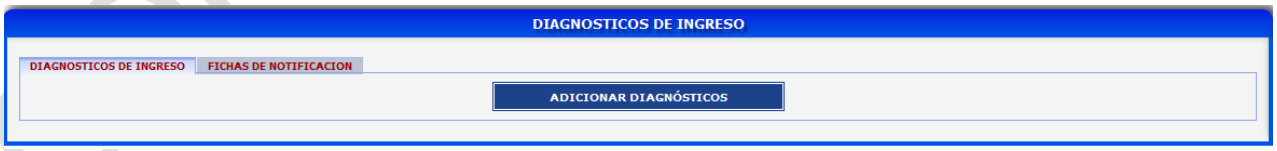
Aquí se debe ingresar la información en caso de que el paciente presente alguna úlcera por presión en alguna parte del cuerpo, se debe especificar marcando la región en la figura e indicar el estadio y la localización, en esta ventana también se podrá ingresar la información de la valoración de **ESCALA DE RIESGO NORTON**, escoger una opción de acuerdo con su criterio y darle clic en GUARDAR.



7.7.18. Reclasificación Triage

En esa opción el profesional podrá según su criterio darle una nueva clasificación al triage inicial o continuar con la ya asignada.

7.7.19. Impresión Diagnostica.



Casilla donde se deberá ingresar el diagnóstico de acuerdo con la revisión y estado del paciente

Aquí deberá buscar el código del diagnóstico según su revisión, dándole clic en adicionar diagnóstico buscar por código o por diagnóstico.

7.7.20. Riesgo de Caídas

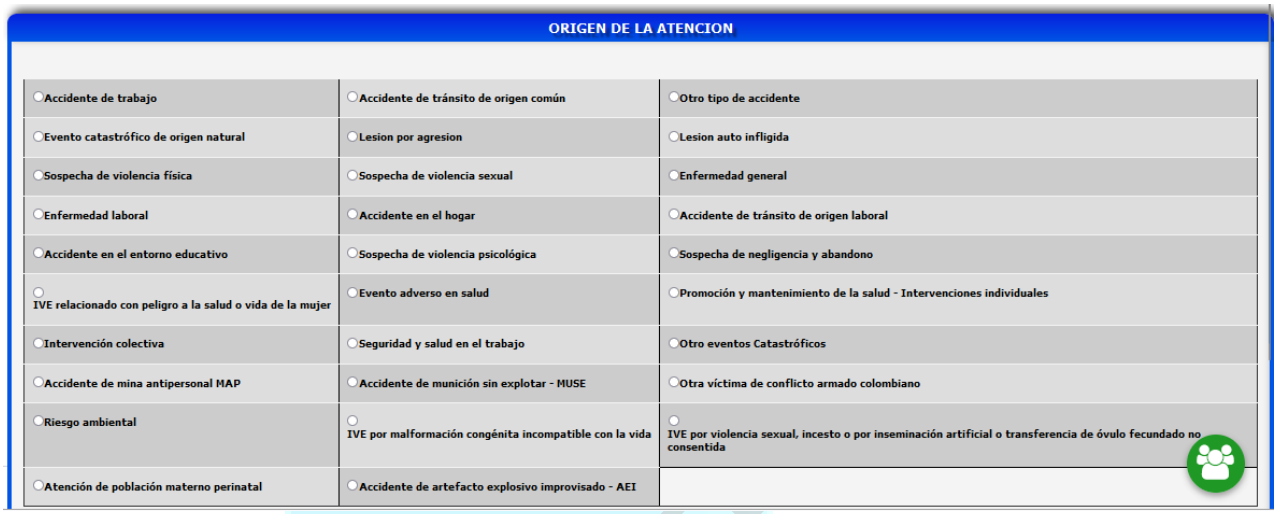
Esta opción corresponde a la **ESCALA DOWNTON**, donde podrá crear la escala de acuerdo con su evaluación y también le permite visualizar en HISTORIAL los datos ingresados en atenciones que el paciente haya tenido.

ESCALA DE RIESGO DOWNTON

AREA	ITEM	SELECCIONAR
EDAD	Menor a 70 años	☑
	Mayor a 70 años	☐
CAIDAS PREVIAS	No	☐
	Si	☐
MEDICAMENTOS	Ninguno	☐
	Tranquilizantes - Sedantes	☐
	Diuréticos	☐
	Hipotensores	☐
	Anti parkinsonianos	☐
	Antidepresivos	☐
	Otros Medicamentos:	☐
DEFICIT SENSORIAL	Ninguno	☐
	Alteraciones Visuales	☐
	Alteraciones auditivas	☐
	Extremidades (Ictus)	☐
ESTADO MENTAL	Orientado	☐
	Confuso	☐
DEAMBULACION	Normal	☐
	Seguro con ayuda	☐
	Inseguridad con ayuda / sin ayuda	☐
	Imposible	☐

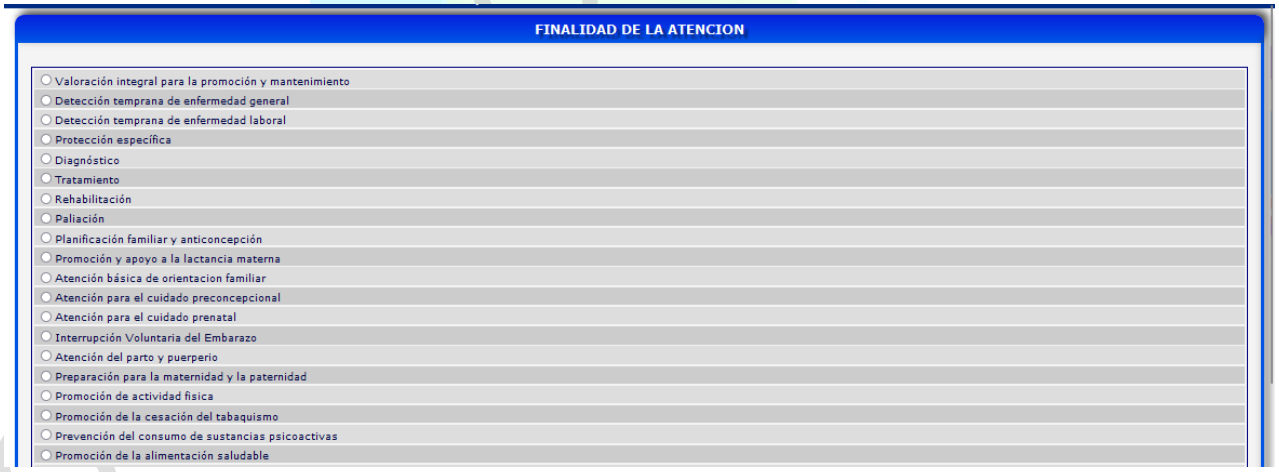
7.7.21. Origen de Atención

Esta es una clasificación en cual el profesional deberá seleccionar de acuerdo con la causa de la atención.



7.7.22. Finalidad Atención.

En esta ventana deberá seleccionar el propósito de la atención de acuerdo con el listado de opciones que se le presentan, al final deberá darle clic en insertar.

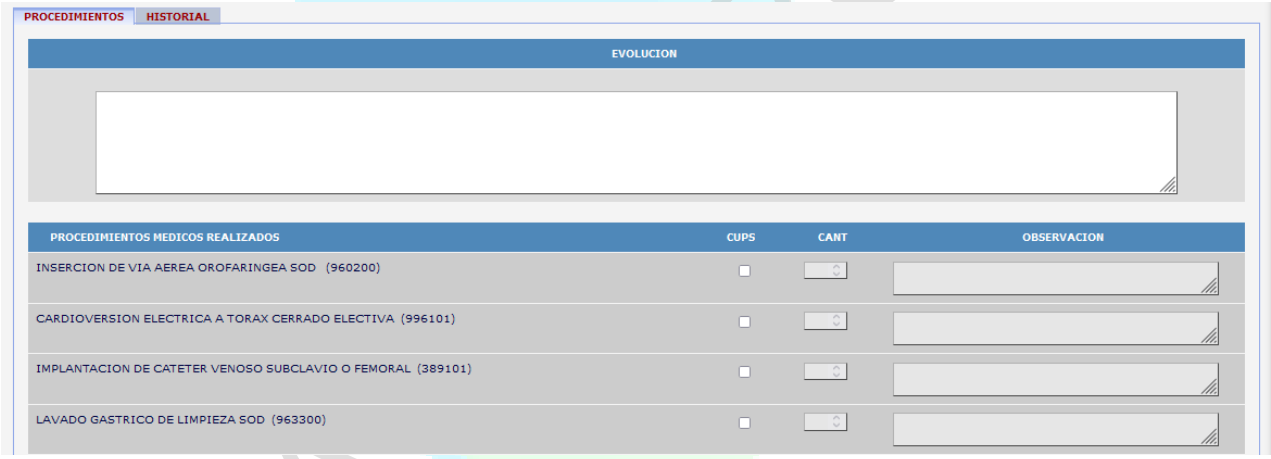


7.7.23. Paraclínicos Texto

Esta opción se encuentra disponible en URGENCIAS CONSULTAS y CONSULTA EXTERNA, en la cual el profesional podrá transcribir de manera amplia resultados de apoyos diagnósticos que el paciente tenga.

7.7.24. Código Azul

En el evento que se presente un código azul en el ingreso, la atención o estancia de un paciente se debe registrar la nota con el detalle de todo lo relacionado con dicho caso, así como también seleccionar el procedimiento realizado.
NOTA: este evento debe estar descrito por el médico y jefe de enfermería que participaron en el procedimiento.



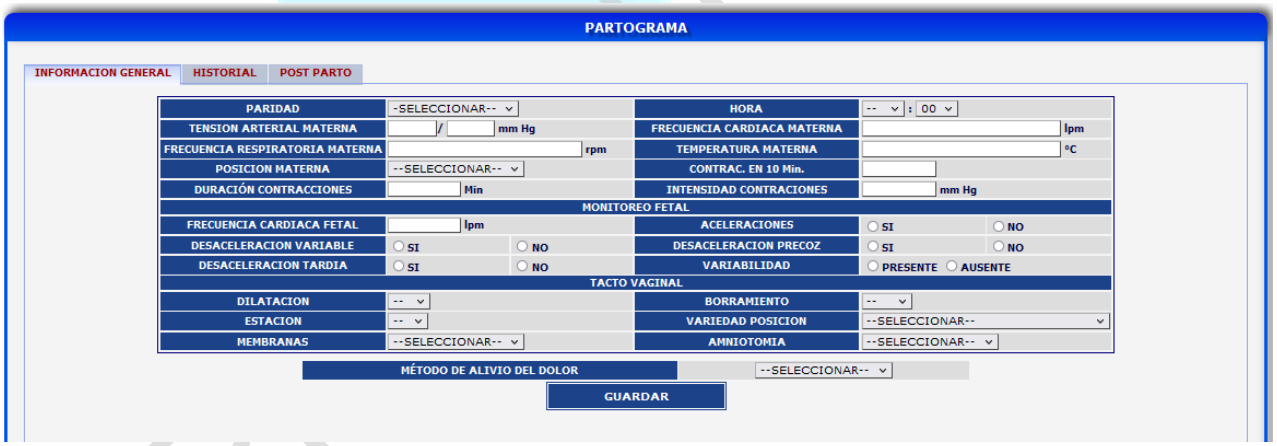
7.7.25. Consentimientos No Quirúrgicos.

En él se encuentran todos los procedimientos que requieran autorización del paciente, donde el profesional deberá explicarle al paciente en forma clara y sencilla todo lo relacionado con el procedimiento a realizar, este documento se firmara mediante una Tablet o código QR.

COPIA CONTROLADA

7.7.26. Partograma

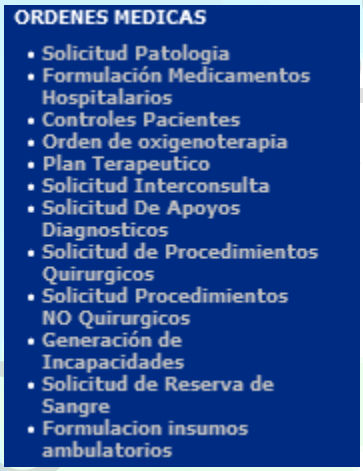
Aplica para las pacientes en labor de parto que ingresen, aquí el profesional deberá ingresar la información correspondiente a la evolución del parto.
En la opción **POST PARTO** se deberán registrar la información correspondiente a los controles que se deben realizar cada 15 min a la paciente ejemplo: signos vitales.



7.7.27. Alerta De Seguridad

Esta opción será utilizada en el caso que se presente un evento adverso con un paciente, en este se deben detallar los datos como: fecha, hora, departamento donde ocurrió el evento, tipo de alerta, diagnóstico del paciente y descripción del evento. Una vez diligenciados los campos se debe dar clic en GUARDAR.

En el siguiente submenú llamado ORDENES MEDICAS se encuentra detallado de la siguiente manera.

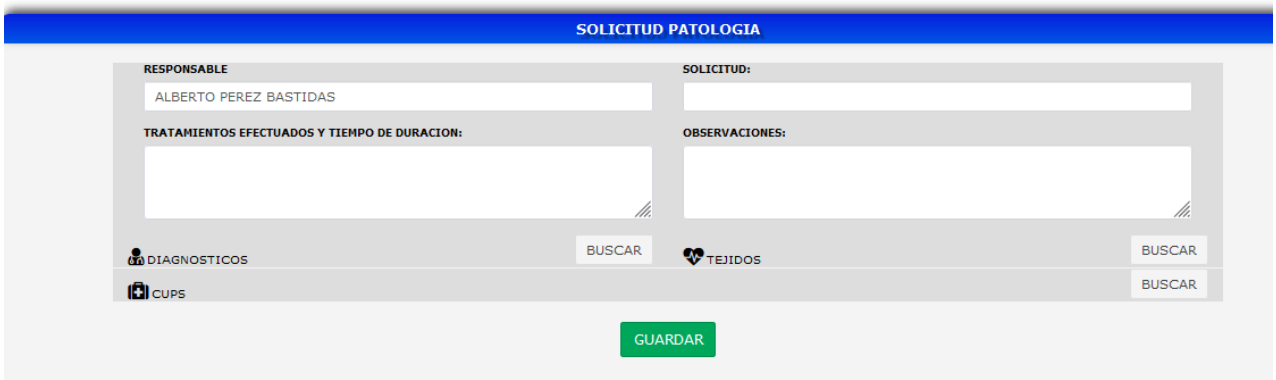


A continuación, detallaremos cada una de las opciones de este submenú

7.7.28. Solicitud Patología

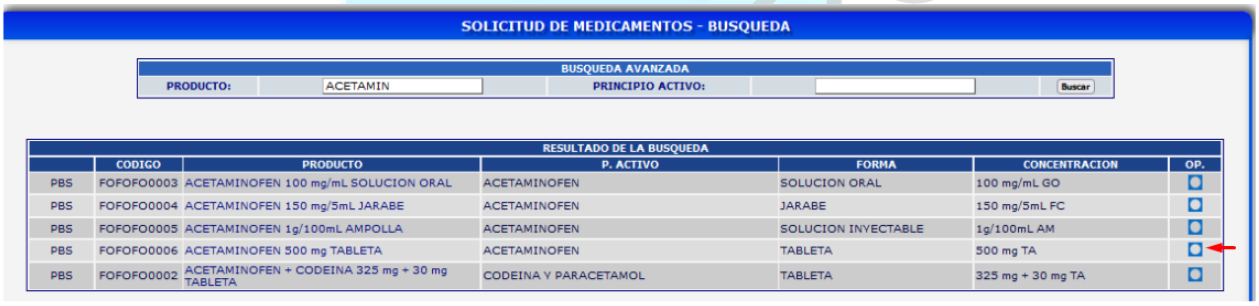
En esta opción el profesional deberá registrar la información en caso de requerir estudio de patología de algún tejido, en el deberá detallar información como responsable, solicitud tratamiento efectuado tiempo de duración, observaciones, escoger el diagnóstico y el CUPS que corresponda.

COPIA CONTROLADA



7.7.29. Formulación Medicamentos Hospitalarios

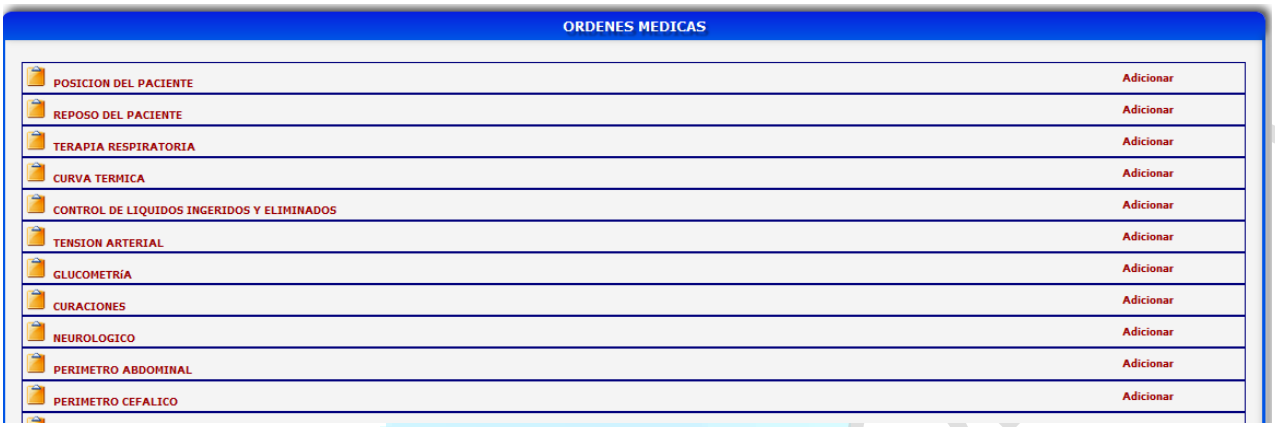
En esta ventana de despliega información correspondiente a los medicamentos que le serán aplicados al paciente de manera hospitalaria, el profesional deberá escribir el nombre del medicamento como lo muestra la siguiente imagen.



Una vez seleccionado el medicamento, deberá registrar información como vía de administración, dosis y días de tratamiento al igual que una observación si así lo considera y a continuación clic en GUARDAR.

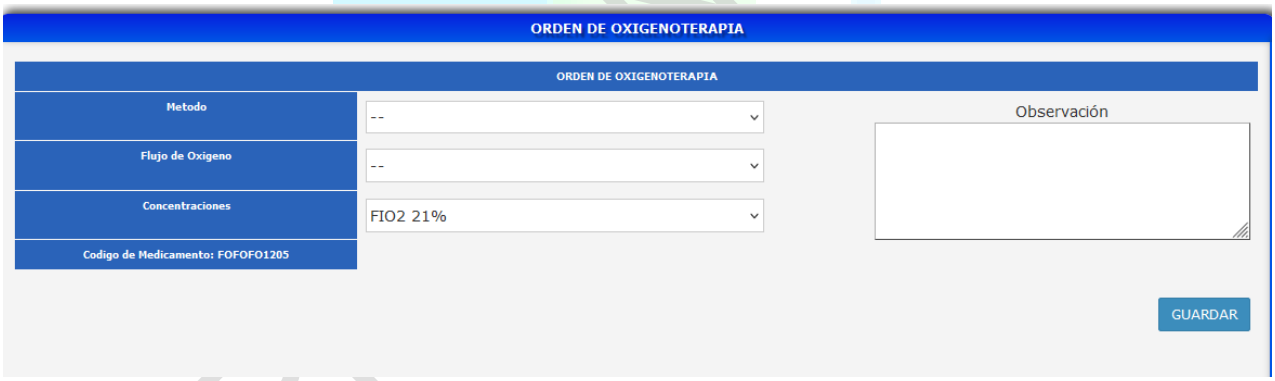
7.7.30. Controles Pacientes

Hace referencia a los controles adicionales que se le deben realizar al paciente, ejemplo: POSICION, TENSION ARTERIAL, GLUCOMETRIA entre otros. indicando la frecuencia y luego dar clic en GUARDAR.



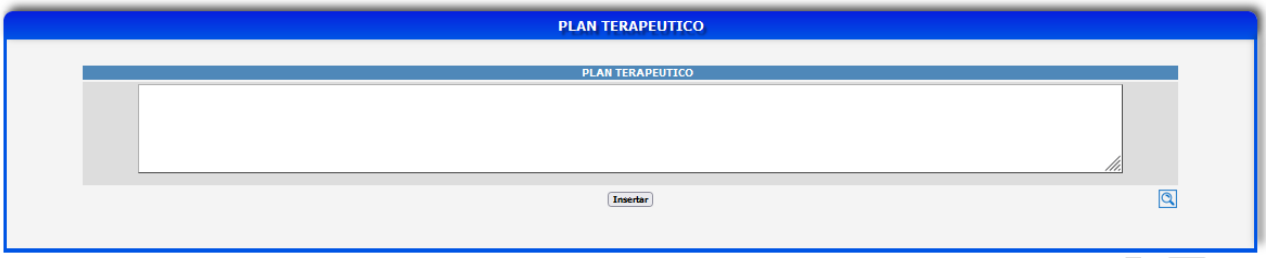
7.7.31. Orden de oxigenoterapia

Aplica para los pacientes que por su estado de salud y según conducta médica necesitan suministro de oxígeno, el profesional debe registrar información como: método, flujo de oxígeno, concentraciones, alguna observación que considere y luego dar clic en GUARDAR.



7.7.32. Plan Terapéutico

En esta ventana el profesional deberá insertar todo lo relacionado con la conducta a seguir con el paciente, en el caso de pacientes ya ingresados en el servicio se podrá visualizar información de profesionales que ya han valorado al paciente.



7.7.33. Solicitud Interconsulta.

Por medio de esta opción se podrán cargar las interconsultas por especialista que considere pertinente para definir conducta del paciente, deberá seleccionar la especialidad, luego buscar seleccionar y la cantidad.

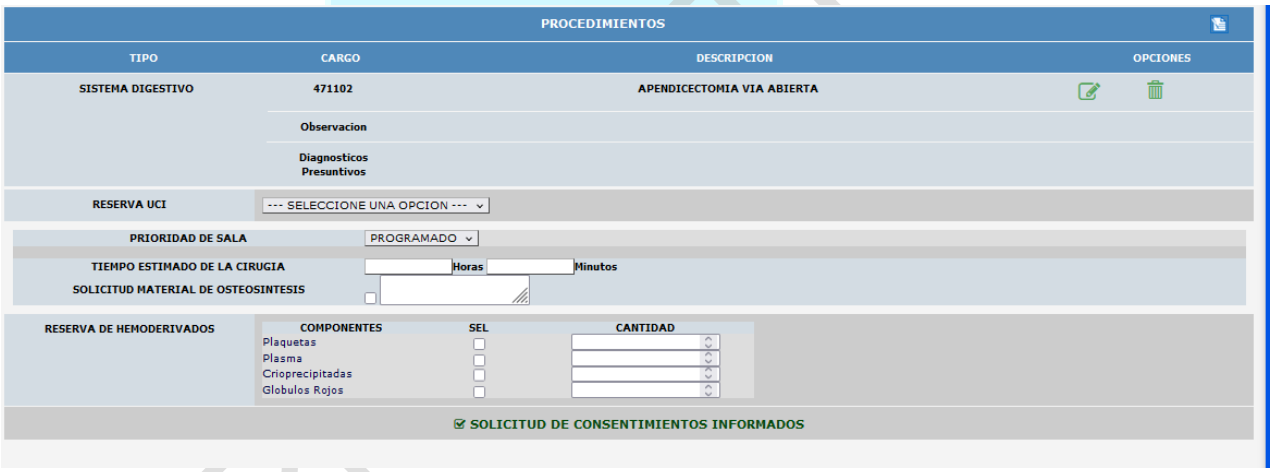
7.7.34. Solicitud De Apoyos Diagnósticos

En esta ventana se deberá indicar nombre de la ayuda diagnostica a realizar al paciente, darle clic en la acción OP y luego en seleccionar.

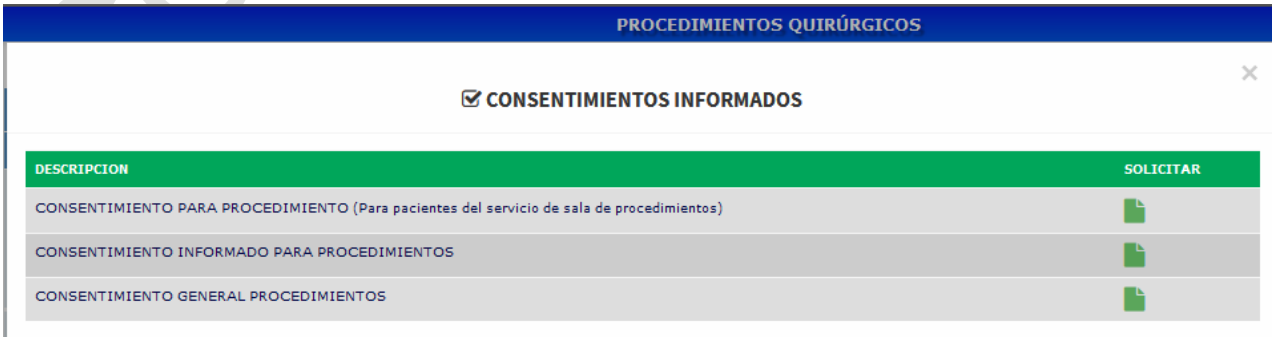
7.7.35. Solicitud De Procedimientos Quirúrgicos

En esta opción se podrá solicitar procedimientos quirúrgicos a realizar al paciente

Una vez seleccionado el procedimiento se desplegará una ventana donde deberá programar el procedimiento a realizar, para ello deberá ingresar datos como: reserva de uci (si lo amerita) prioridad de la sala, tiempo estimado del procedimiento entre otros, a continuación, deberá diligenciar el **CONSENTIMIENTO INFORMADO**.

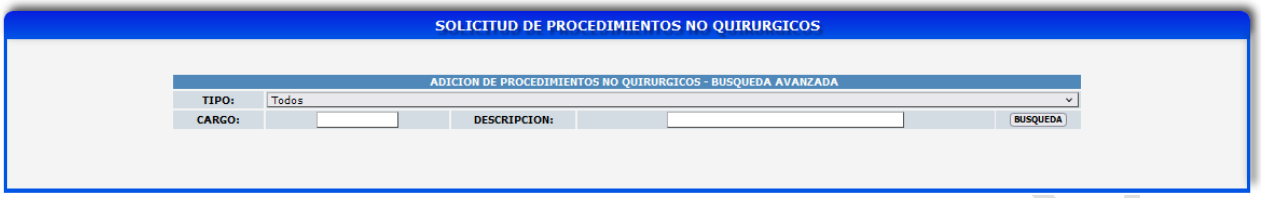


Escoger el consentimiento el cual se deberá diligenciar de acuerdo con la información del paciente o acudiente responsable, luego dar clic en GUARDAR.



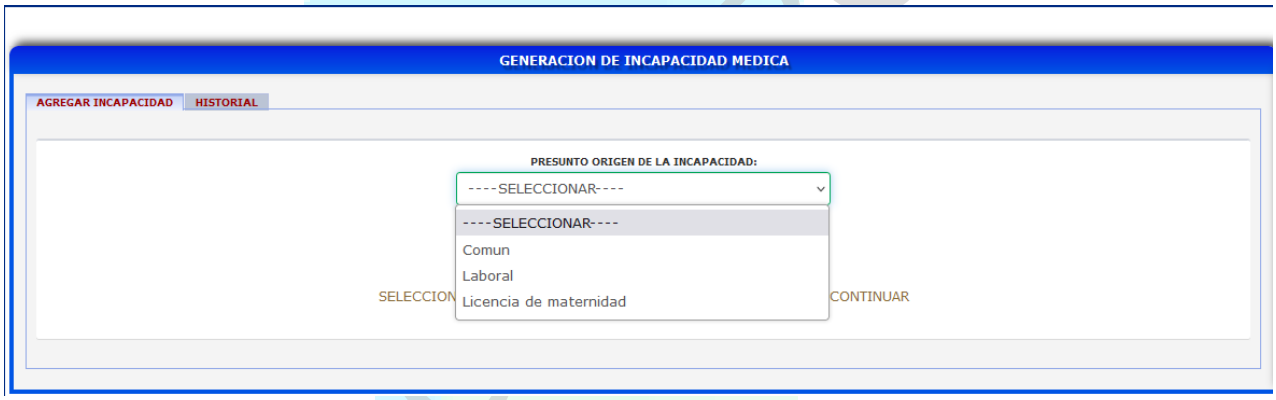
7.7.36. Solicitud De Procedimientos No Quirúrgicos

Aquí se deberán cargar las ordenes de procedimientos no quirúrgicos ejemplo consulta por especialista, terapias de rehabilitación entre otros.



7.7.37. Generación de Incapacidades

Se debe indicar el origen de la incapacidad, así como también diligencias campos muy importantes como fecha, días de incapacidad, ciudad, entre otros.



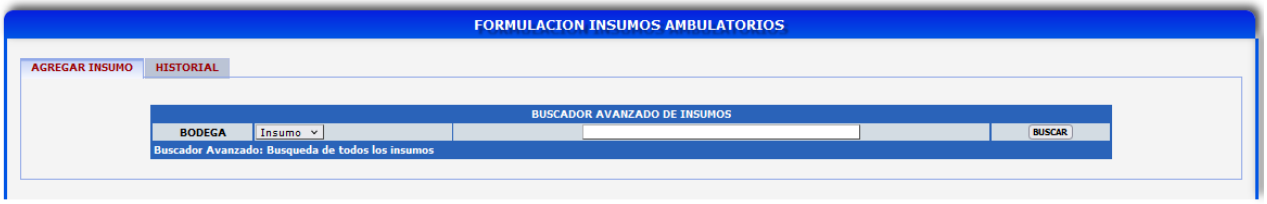
7.7.38. Solicitud de Reserva de Sangre

En esta ventana se deben ingresar los datos correspondientes a transfusiones realizadas al paciente en caso de requerirlo.

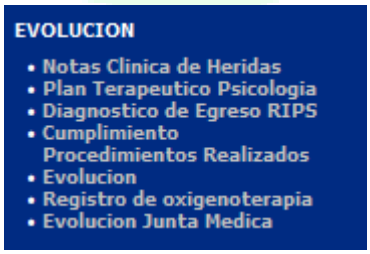
COPIA CONTROLADA

7.7.39. Formulación insumos ambulatorios.

Esta opción aplica para los insumos que serán formulados de manera ambulatoria al paciente ejemplo muletas, inmovilizadores, cabestrillos, etc.



En el submenú EVOLUCION encontraremos las siguientes opciones



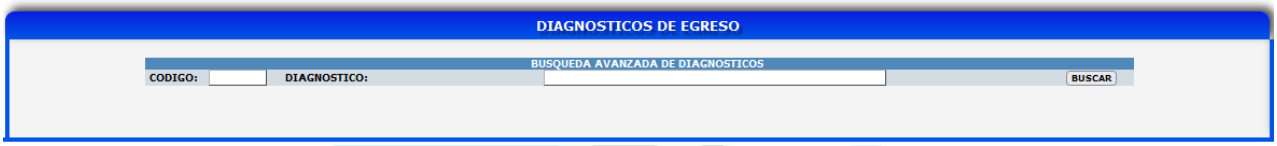
7.7.40. Plan Terapéutico Psicología

Esta opción aplica para profesionales en psicología, aquí deberán describir Análisis y plan de tratamiento para el paciente, también deberá registrar las indicaciones y educaciones dadas al paciente en la pestaña, **INDICACIONES Y EDUCACION AL**

USUSARIO/RECOMENDACIONES y por último podrá consultar las valoraciones anteriores por la opción **HISTORIAL**.

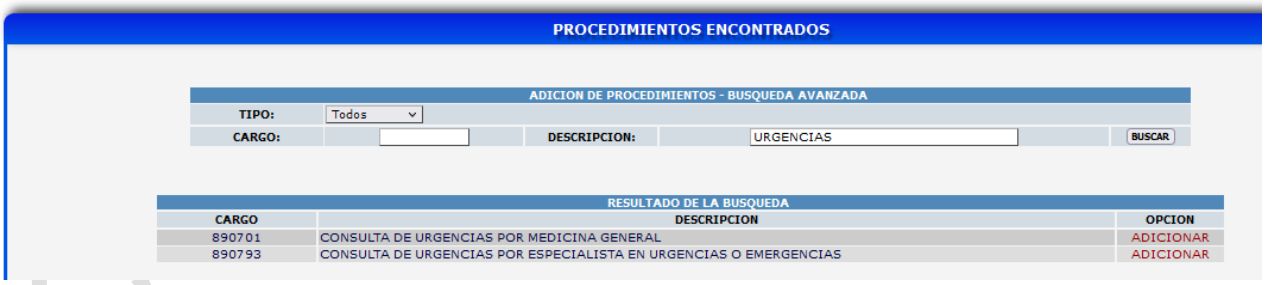
7.7.41. Diagnóstico de Egreso RIPS

Esta opción aplica para el cierre de la atención y se irá actualizando durante las valoraciones realizadas al paciente en su tiempo de estancia hasta su egreso y será el que finalmente quedará registrado en el RIPS.



7.7.42. Cumplimientos Procedimientos Realizados

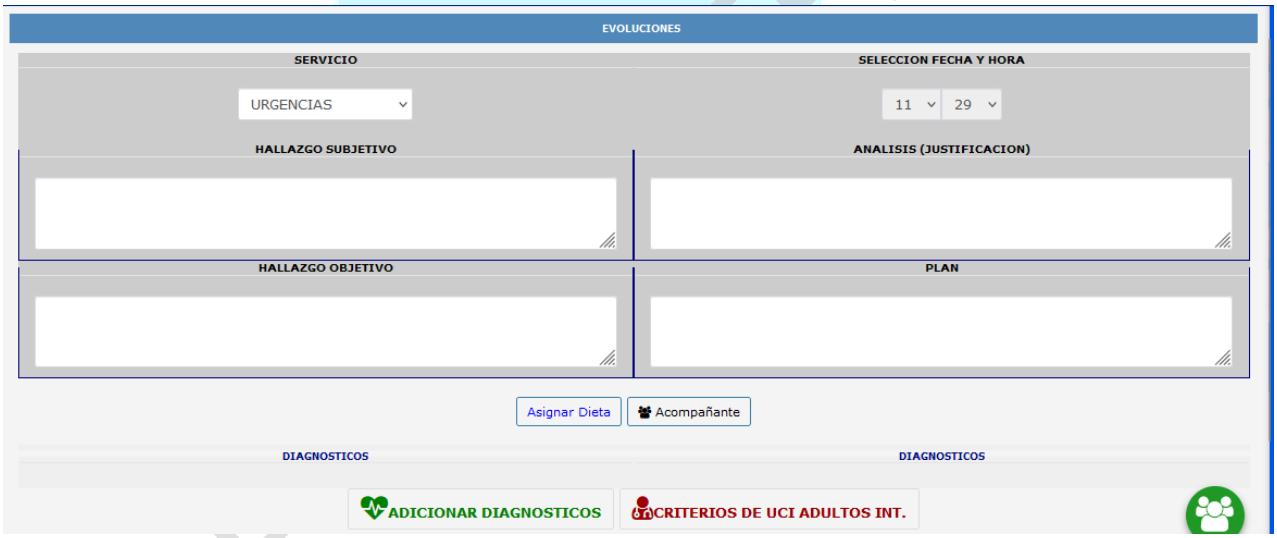
Esta opción aplica para los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias, consultorios y procedimientos donde se deberá adicionar la consulta por urgencias, en descripción deberá buscar y luego adicionar.



Luego deberá diligenciar los datos correspondientes a fecha, finalidad de la consulta, causa externa, Diagnostico principal, tipo de diagnóstico, para luego dar clic en ACEPTAR.

7.7.43. Evolución.

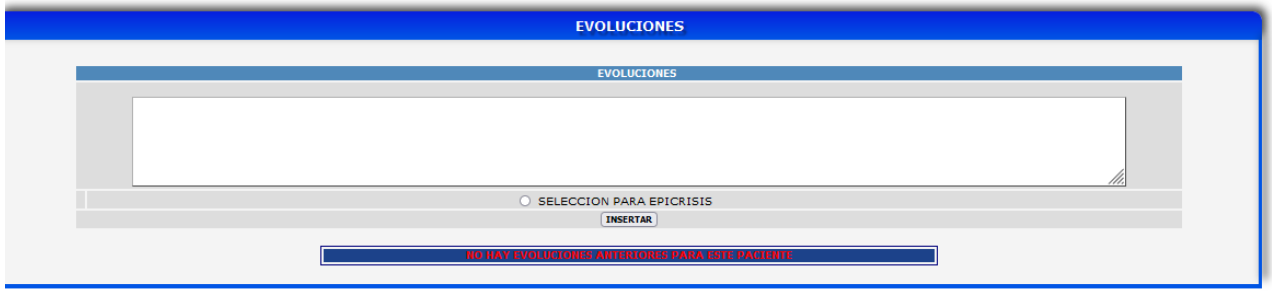
En esta ventana se deben diligenciar los campos con la información que solicita en cada casilla, adicional a ello deberá asignarle dieta al paciente y acompañante en el caso que lo solicite. También deberá especificar los criterios para el traslado a UCI en el caso de ser requerido, asignar la dieta al paciente y tipo de acompañante si lo amerita.



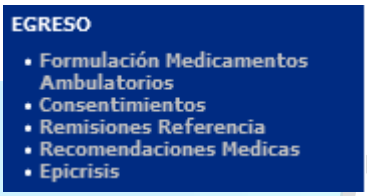
7.7.44. Submenú clínica de heridas

- Notas Clínicas de Heridas

Aplica para el profesional responsable de este procedimiento aquí se debe describir de forma detallada el procedimiento realizado, entre los más comunes se encuentran desbridamiento, sustitución de dispositivos entre otros.



7.7.45. submenú egreso



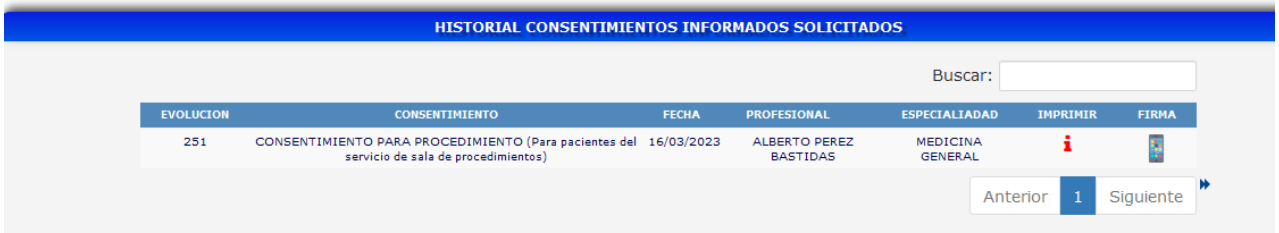
- Formulación Medicamentos Ambulatorios

Principalmente el profesional encontrará una alerta que le indicará si el paciente es alérgico algún medicamento o causa, posteriormente encontrara la opción para buscar el medicamento que puede ser por producto o principio activo.

Luego deberá indicar los datos como: dosis, frecuencia, días de tratamiento y GUARDAR.

7.7.46. Consentimientos

En esta ventana se reflejará la información acerca del historial de consentimientos solicitados al paciente para procedimientos.



7.7.47. Remisiones Referencia

Esta opción aplica para los pacientes que serán remitidos a otra institución, aquí el profesional deberá ingresar todos los datos correspondientes al motivo de la remisión, departamento que remite entre otros, al final deberá dar clic en GUARDAR

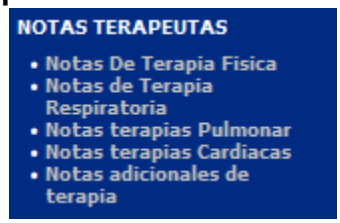
7.7.48. Recomendaciones Médicas

Aquí se visualizarán una serie de recomendaciones y deberá indicar el tipo de la atención para luego seleccionar las recomendaciones y adicionar las que crea conveniente, luego deberá dar clic en GUARDAR.

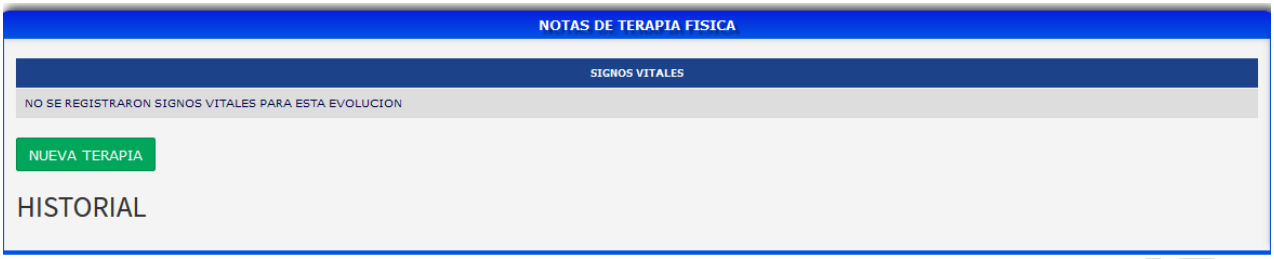
7.7.49. Epicrisis

Corresponde al resumen de la atención en la cual podrá guardar o imprimir.

7.7.50. submenú notas terapeutas

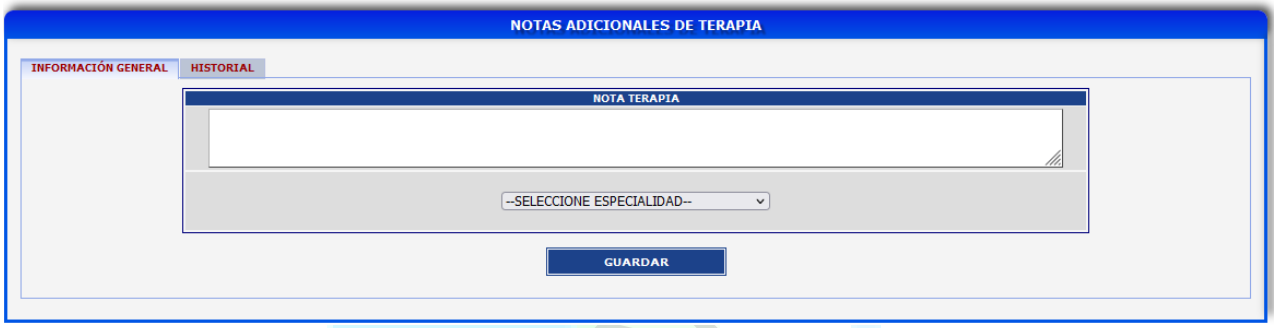


Corresponde a los profesionales en fisioterapias y que deberán escoger la opción de acuerdo con la especialidad, en ella deberán ingresar NUEVA TERAPIA y describir la respectiva evolución.

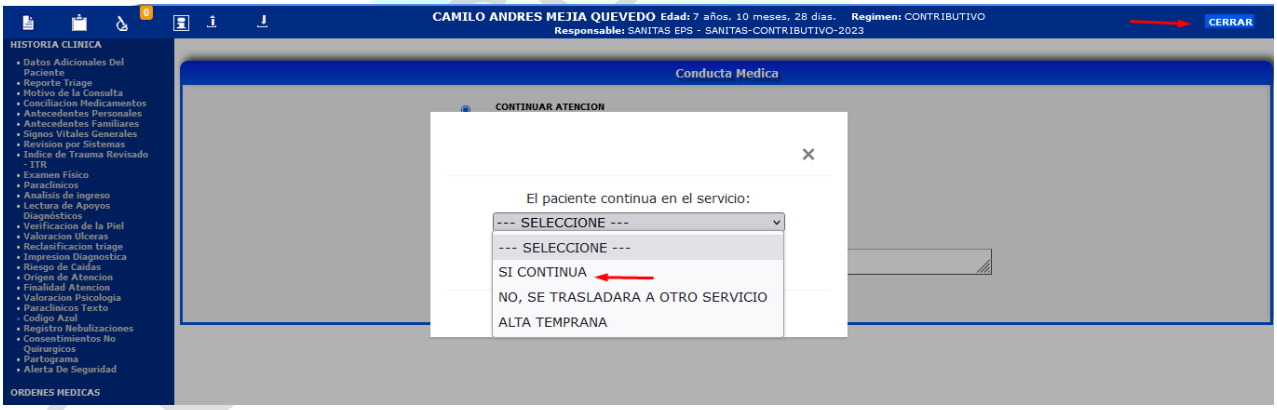


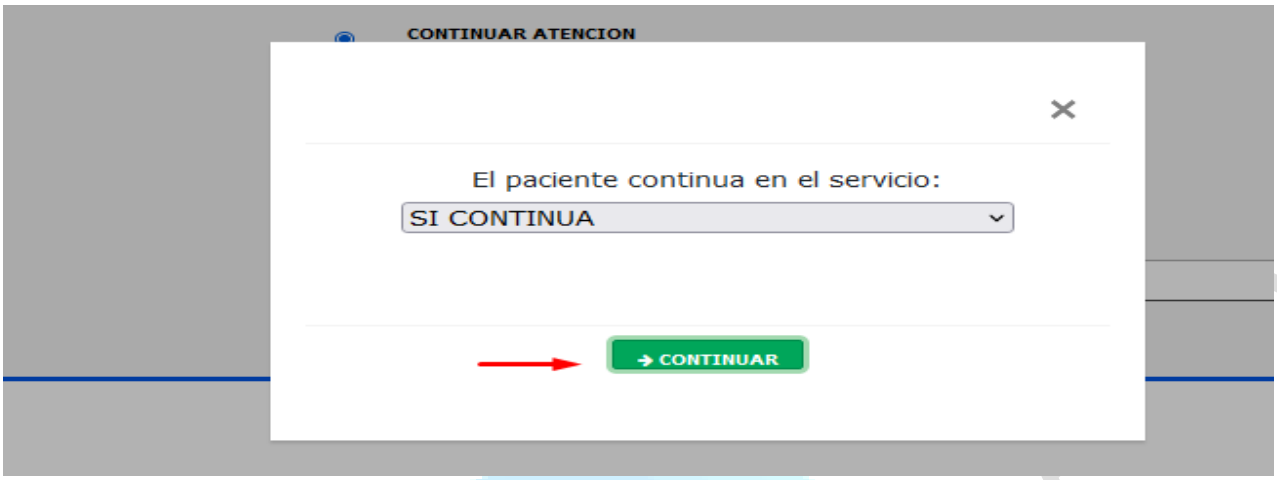
- Notas adicionales de terapia

En esta ventana se podrán registrar los datos correspondientes a toma de gases arteriales a los pacientes que se encuentran en el servicio de UCI y otras notas que el profesional en fisioterapia considere.

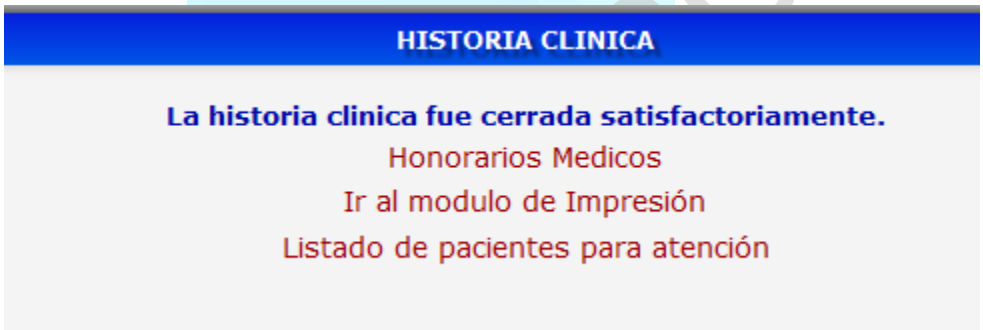


Se recomienda terminar la atencion por la accion cerrar ubicada en la parte superior derecha, e indicar si el paciente continua en el servcio o si debe ser trasladado a otra estacion.

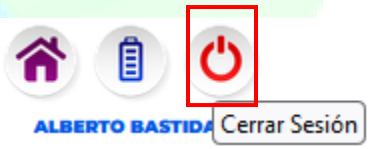




Al cerrar la atencion de forma correcta se visualizará la siguiente ventana, indicando que fue cerrada con éxito.



Por último, una vez el profesional termine su jornada laboral deberá cerrar sesión, **NO** se recomienda realizarlo cerrando el navegador o por la **X**, para esta acción se encuentra el botón rojo ubicado en la parte superior derecha.



COPIA CONTROLADA

7.8. Atención interconsultas

Desde el perfil del médico especialista, se podrá visualizar todos los módulos a los que tiene acceso, en esta ocasión escogerá ATENCION INTERCONSULTAS.

7.8.1. Modulo atención interconsultas.

En esta ventana el especialista podrá visualizar todas las estaciones donde se ha solicitado una interconsulta por su especialidad.

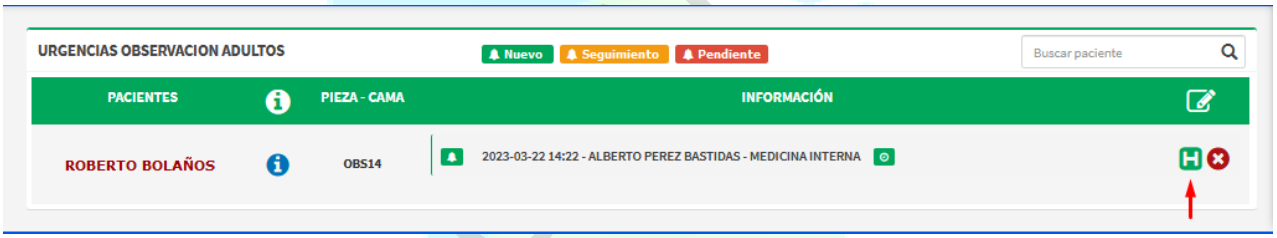
Al dar clic en la estación podrá visualizar el nombre del paciente, en la parte superior le aparecerá, información para interpretar cada icono que parecen con el paciente

Al lado de cada estación, le aparecerá un número con fondo de color azul el cual le indica la cantidad de pacientes que fueron valorados por primera vez y se encuentran en seguimiento por esa especialidad y un numero con fondo de color verde, el cual le indicará las nuevas valoraciones pendientes.

COPIA CONTROLADA

7.8.2. Atención interconsultas

Al dar ubicarse en el nombre del paciente se debe dar clic sobre el icono con la letra H para ser direccionado a la historia clínica del paciente.

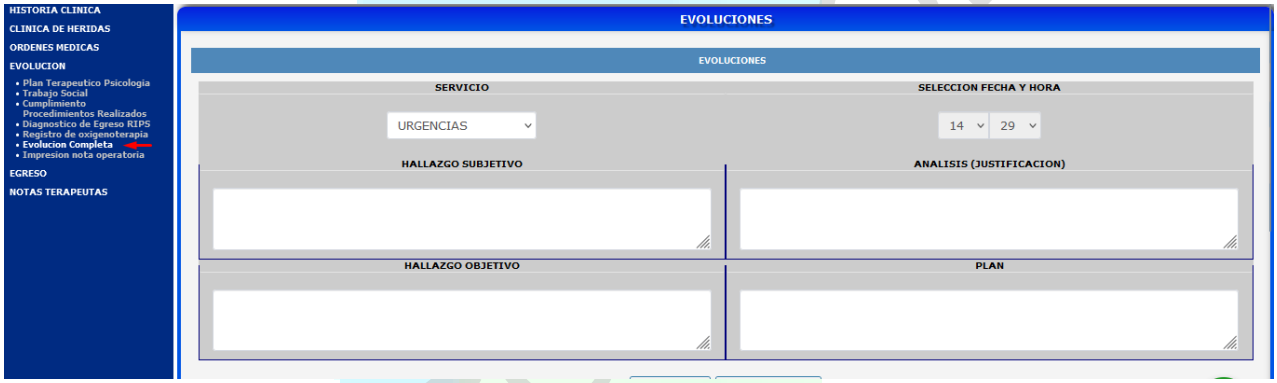


Seguidamente se deben validar los datos del paciente y dar clic en continuar

Una vez dentro de la historia debe dirigirse al sub modulo EVOLUCION

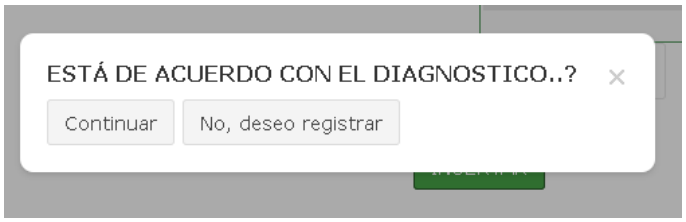
COPIA CONTROLADA

Y a continuación la opción EVOLUCION COMPLETA, se desplegará una ventana donde debe diligenciar la información solicitada de la atención en cada uno de los campos requeridos tales como HALLAZGO SUBJETIVO, ANALISIS, HALLAZGO OBJETIVO, PLAN.

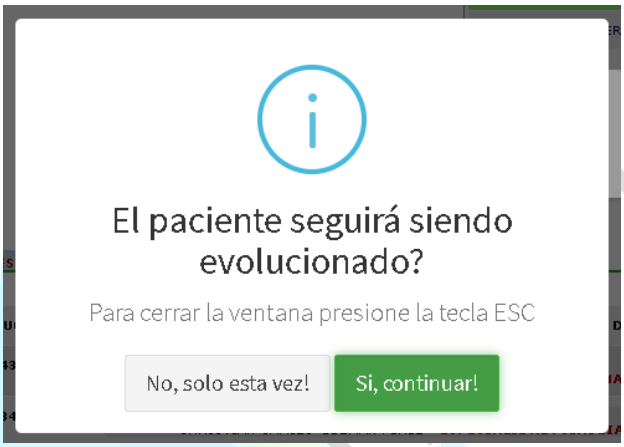


También podrá adicionar Diagnósticos una vez ingresada la información requerida deberá dar clic en la opción insertar

Luego le preguntara si está de acuerdo con el diagnostico o si desea insertar uno nuevo

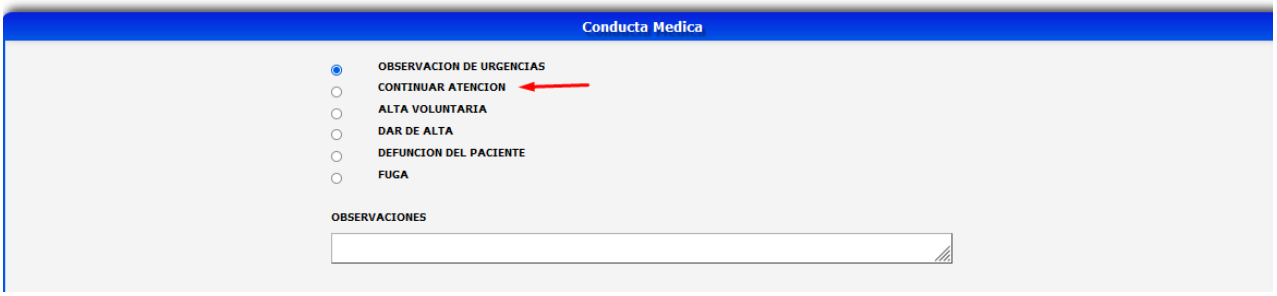


Adicional le preguntará si el paciente seguirá siendo evolucionado por esta especialidad o solo será una valoración.

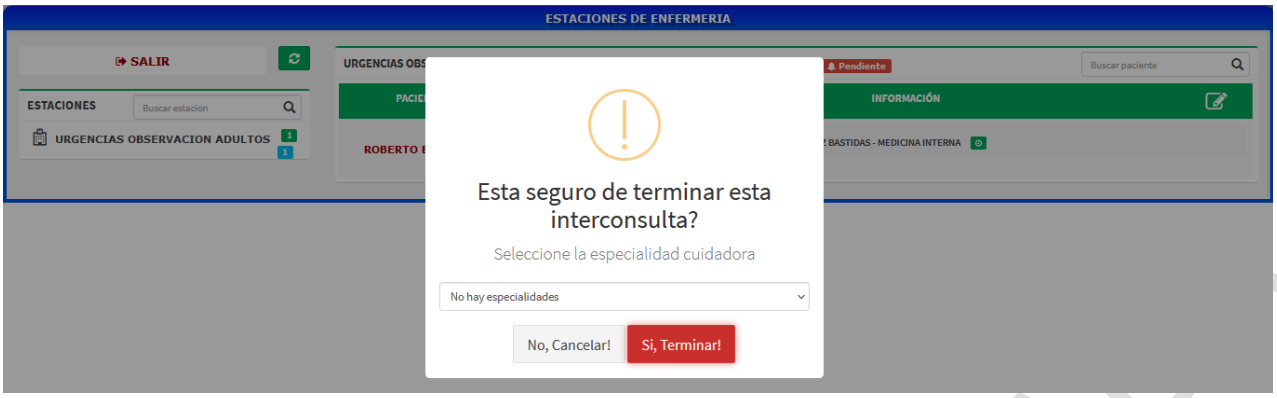


En caso de seleccionar la opción **'NO, SOLO ESTA VEZ'**, la interconsulta se cerrará y el paciente desaparece del módulo, si por el contrario selecciona la opción '**SI, CONTINUAR'**, el paciente seguirá activo en el módulo de interconsultas para nuevas valoraciones por el especialista.

Una vez que el especialista defina si la paciente continua con atención o no también podrá formular medicamentos, generar ordenes de servicio, etc.
Para salir del menú deberá realizar el cierre de la historia clínica como lo muestra la siguiente imagen.



Para cerrar la interconsulta de pacientes que no requieran más valoraciones por esta especialidad se debe hacer por el menú principal en el icono con la letra X, a continuación, deberá dar clic en sí, terminar y de esta manera quedara cerrada la interconsulta.



Así se deberá cerrar la interconsulta y desaparecerá de la estación de enfermería, como interconsultas pendientes o en seguimiento.

7.9. Atención interconsultas - profesional de apoyo

Desde el perfil del profesional, se podrá visualizar todos los módulos a los que tiene acceso, deberá escoger el módulo **ATENCIÓN INTERCONSULTAS.**

7.9.1. Modulo atención interconsultas.

En esta ventana el profesional podrá visualizar todas las estaciones donde se ha solicitado una valoración de acuerdo con su disciplina.

Al dar clic en la estación podrá visualizar el nombre del paciente, en la parte superior le aparecerá, información para interpretar cada icono que aparecen con el paciente

Al lado de cada estación, le aparecerá un número con fondo de color azul el cual le indica la cantidad de pacientes que fueron valorados por primera vez y que se encuentran en seguimiento por esa especialidad y un número con fondo de color verde, el cual le indicará las nuevas valoraciones pendientes.

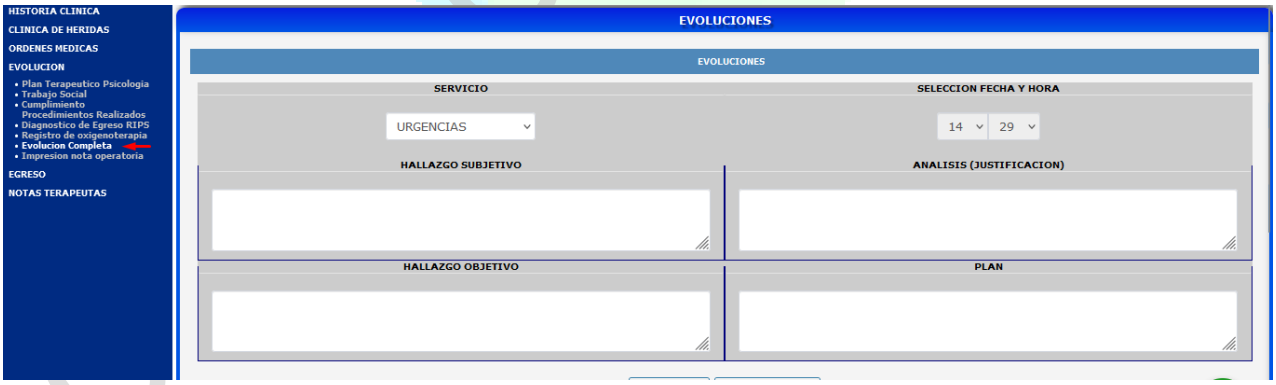
7.9.2. Atención interconsultas

Al ubicarse en el nombre del paciente se debe dar clic sobre el icono con la letra **H** para ser direccionado hasta la historia clínica del paciente.

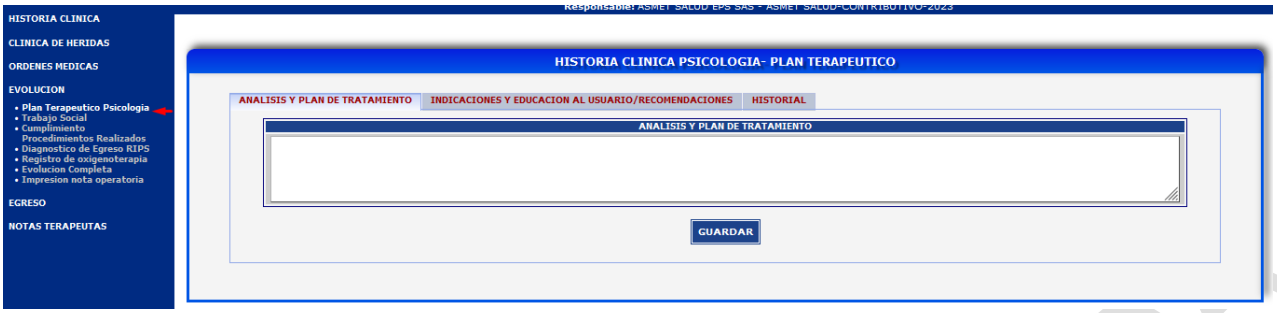
Seguidamente se deben validar los datos del paciente y dar clic en continuar

Una vez dentro de la historia debe dirigirse al sub modulo EVOLUCION

Y a continuación la opción EVOLUCION COMPLETA, se desplegará una ventana donde debe diligenciar la información solicitada de la atención en cada uno de los campos requeridos tales como HALLAZGO SUBJETIVO, ANALISIS, HALLAZGO OBJETIVO, PLAN.



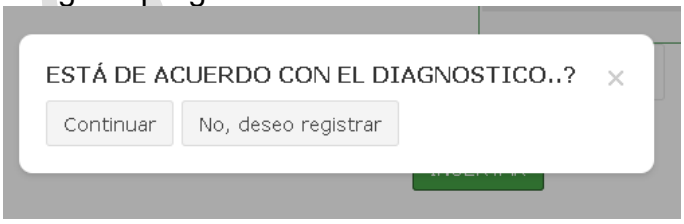
Los profesionales en Psicología encontrarán, un submódulo para el registro del plan terapéutico llamado **PLAN TERAPEUTICO DE PSICOLOGIA.**



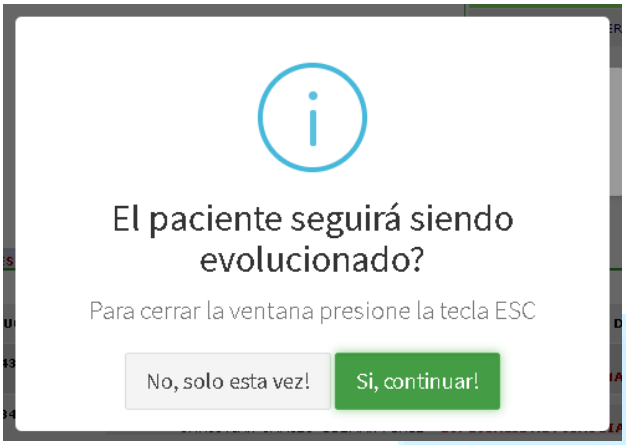
Los profesionales en Trabajo Social encontrarán, un submódulo para el registro de la información correspondiente a la valoración realizada, aquí deberán ingresar información en cada una de las pestañas descritas tales como: **TERAPIA-GENOGRAMA-DISGNOSTICO SOCIAL-RECOMENDACIONES-CONCEPTO FINAL**, por último, en la pestaña **HISTORIAL** podrá consultar la información correspondiente a las atenciones realizadas al paciente.

También podrá adicionar Diagnósticos una vez ingresada la información requerida deberá dar clic en la opción insertar

Luego le preguntará si está de acuerdo con el diagnostico o si desea insertar uno nuevo

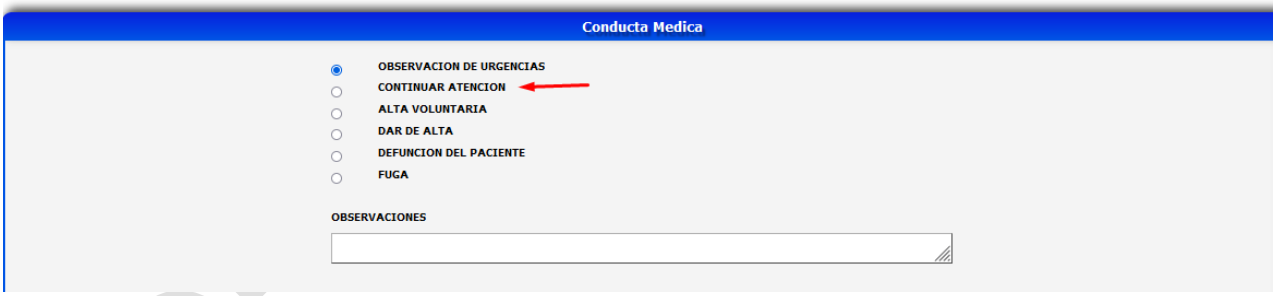


Por último, le preguntará si el paciente seguirá siendo evolucionado por esta disciplina o solo será una valoración.



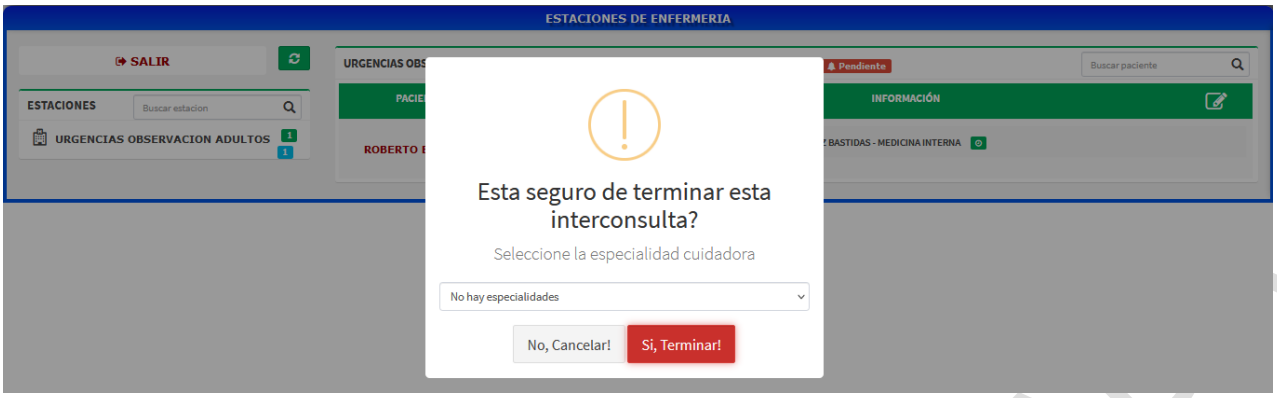
En caso de seleccionar la opción **'NO, SOLO ESTA VEZ'**, la interconsulta se cerrará y el paciente desaparece del módulo, si por el contrario selecciona la opción '**SI, CONTINUAR'**, el paciente seguirá activo en el módulo de interconsultas para nuevas valoraciones por el profesional.

Una vez que el profesional defina si la paciente continua con atención o no también podrá formular medicamentos, generar ordenes de servicio, etc.
Para salir del menú deberá realizar el cierre de la historia clínica como lo muestra la siguiente imagen.



Para cerrar la interconsulta de pacientes que no requieran más valoraciones por esta disciplina se debe hacer por el menú principal en el icono con la letra **X**, a continuación, deberá dar clic en **SÍ**, terminar y de esta manera quedara cerrada la interconsulta.

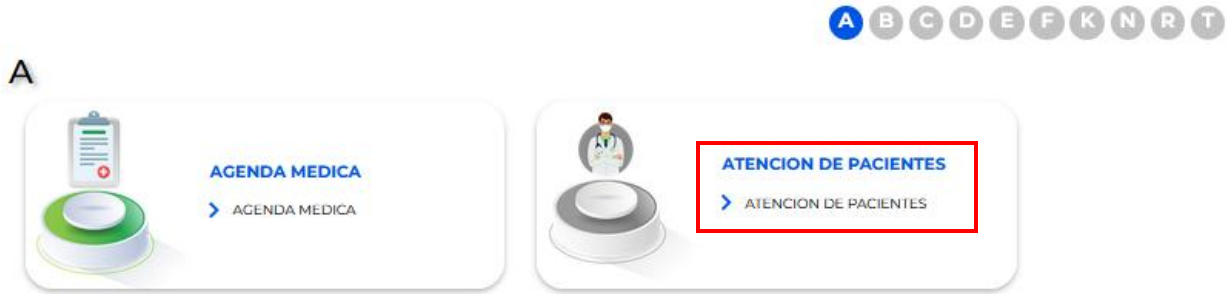
COPIA CONTROLADA



Así se deberá cerrar la interconsulta y desaparecerá de la estación de enfermería, como interconsultas pendientes o en seguimiento.

7.10. PROFESIONALES TERAPEUTAS

Para el caso de los profesionales terapeutas del área asistencial su acceso será por el menú llamado ATENCION DE PACIENTES.

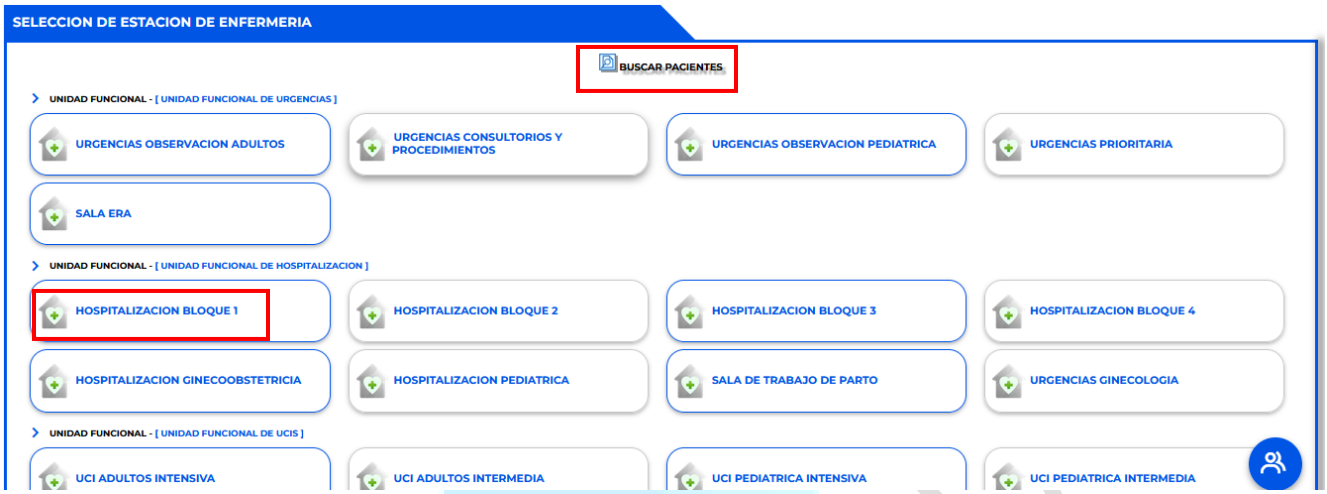


Al ingresar a este módulo se desplegará una ventana la cual nos permite visualizar las diferentes estaciones de enfermería.

Si la búsqueda es de algún paciente en particular lo puede hacer por la opción **BUSCAR PACIENTE**, ubicado en la parte superior y esta búsqueda puede ser por tipo y número de identificación o por nombres y apellidos.

Si desea ingresar a una estación asignada debe identificarla en el panel donde se visualizan todas las estaciones y seleccionar la determinada, ejemplo **HOSPITALIZACION BLOQUE 1**

COPIA CONTROLADA



Al ingresar a la estación, podrá visualizar todos los pacientes que se encuentran en ese servicio.

Es importante la información que se encuentra en la parte superior de la ventana, se trata de datos complementarios del paciente lo cual debe tener en cuenta.

Para el caso de terapias entre los mas importantes se encuentran:

PACIENTE PREMIUM

PACIENTE NO EVOLUCIONADO EN EL DIA

PACIENTE REMITIDO POR REFERENCIA

PACIENTE RESPIRATORIO

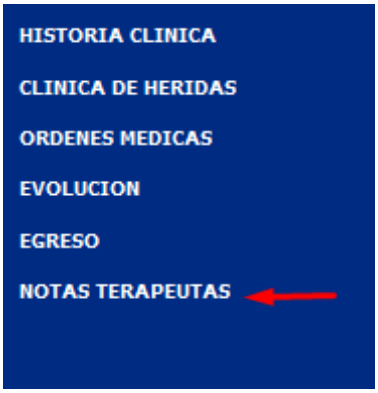
Una vez identificado el paciente al que por orden médica se le realizará la terapia, se debe dar clic en el icono de la historia clínica.

Toda la información que allí se encuentra será informativa para el profesional en cuanto al estado del paciente, podrá consultar datos como:

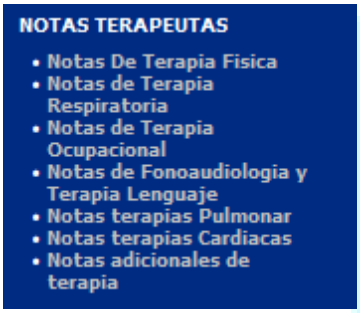
- ✓ **Signos vitales**
- ✓ **Ordenes medicas**

✓ **Evolución medica**

Para este caso el submódulo al que deberá dirigirse es el de **NOTAS TERAPEUTAS**

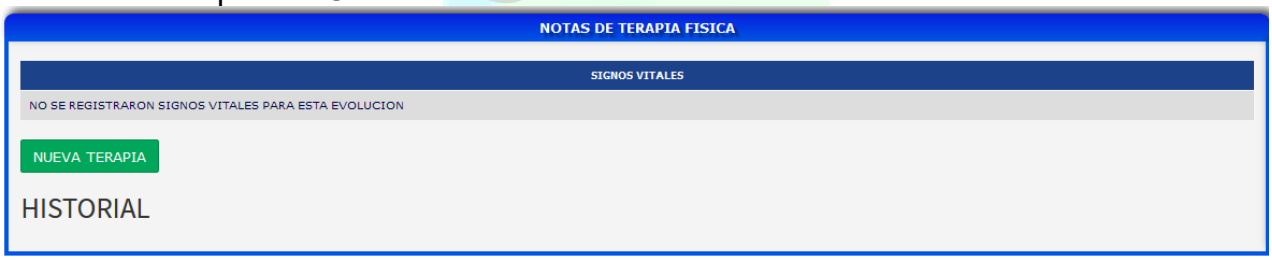


Una vez ingrese al módulo y dependiendo el tipo de terapia a registrar deberá escoger la nota.



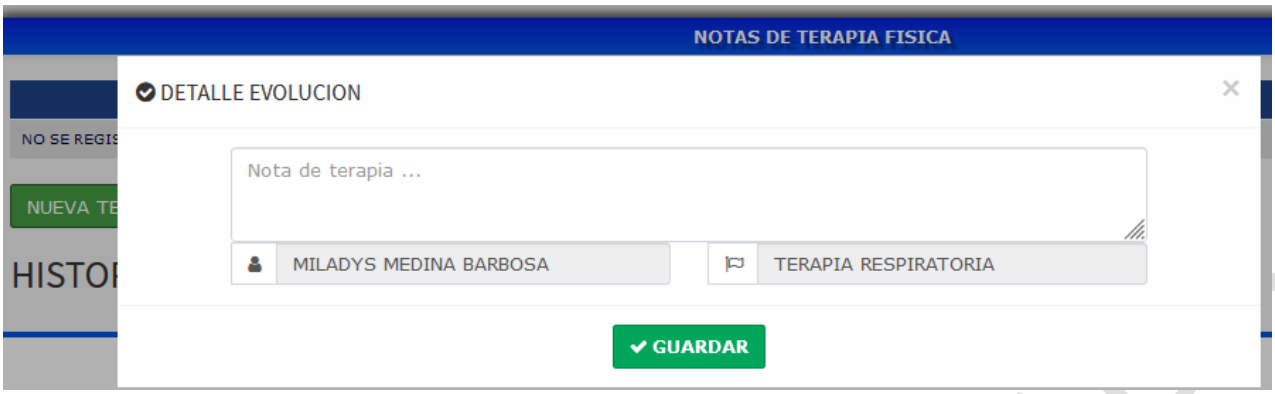
7.10.1. Notas de terapia

Encontrara la opcion NUEVA TERAPIA

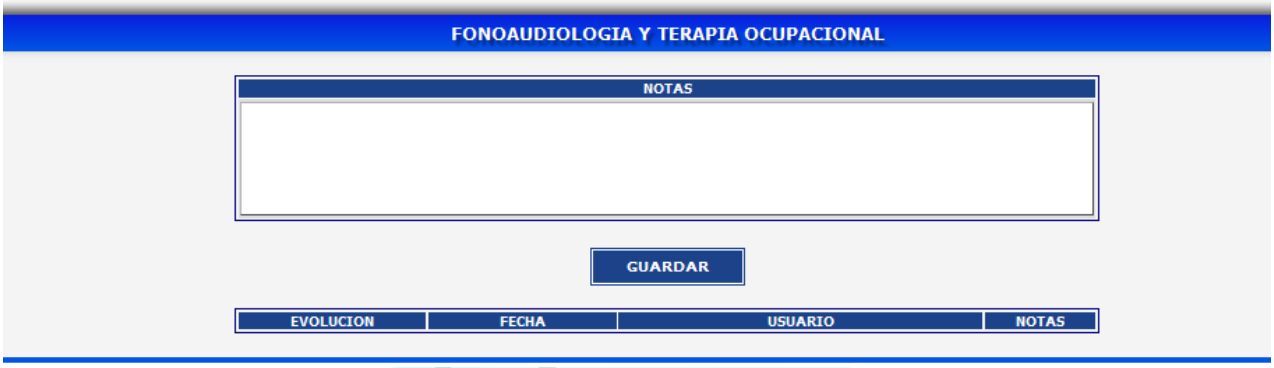


Donde se desplegara un cuadro de texto para el registro de nota de evolucion y al finalizar debera dar clic en la opcion guardar.

COPIA CONTROLADA

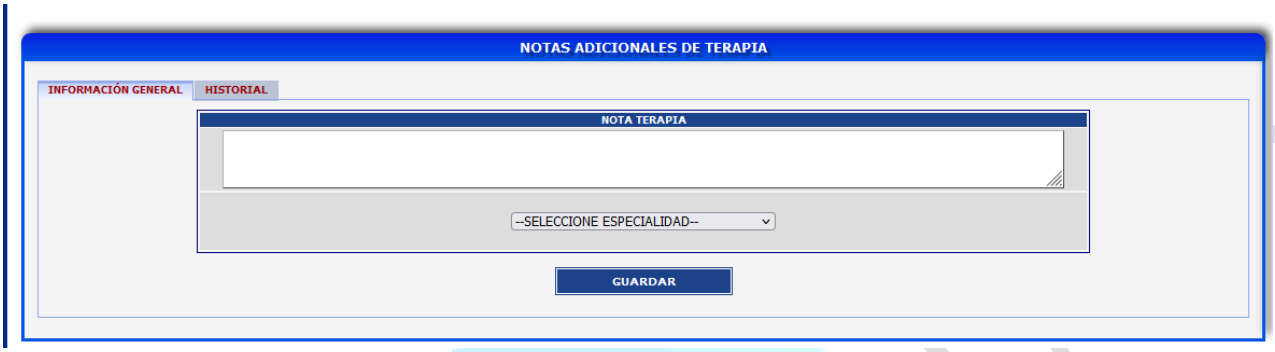


Todas los tipos de terapias presentan un cuadro de texto para el registro de la informacion y para guardar se debe realizar por el icono guardar y en algunos casos insertar.
Para el caso de NOTAS DE FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL, en la parte inferior podra vilualizar y consultar las evoluciones realizadas al paciente por profesional y fecha.



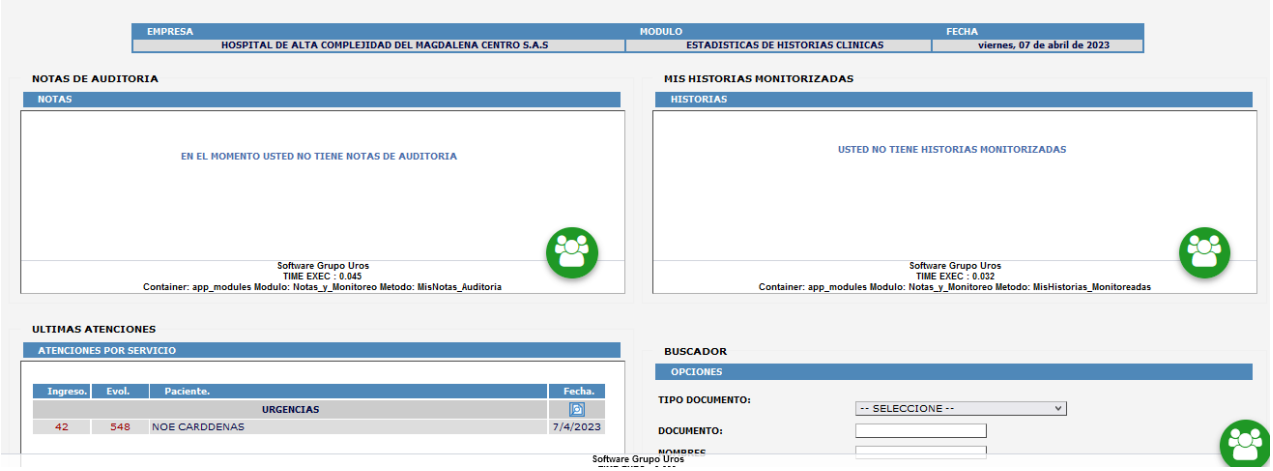
Las notas de TERAPIA CARDIACA Y TERAPIA PULMONAR, presentan un cuadro de texto adicional donde debera registrar la informacion correspondiente al tratamiento indicado para el paciente.

La ultima opcion de terapias que encontrará es la **NOTA ADICIONAL**, en ella podrá realizar el registro de informacion adicional, en este tipo de nota tambien se registrá el dato de toma de gases arteriales realizados a los pacientes en las estaciones UCIS.



Para el caso en que se deba realizar una NOTA ACLARATORIA a una evolucion realizada, esta se debe realizar por el modulo asignado para esta accion.

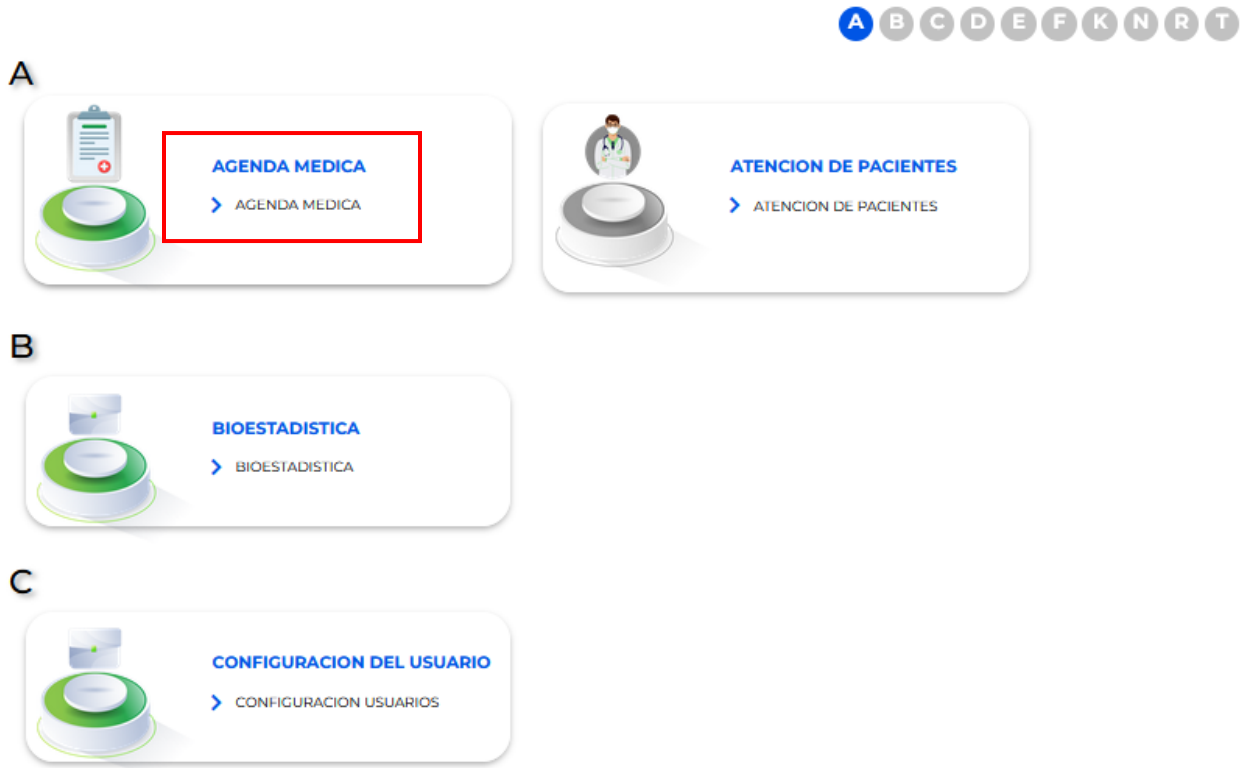
Alli se desplegará una ventana con la información correspondiente a las notas que se encuentran en auditoria, notas monitorizadas y pacientes evolucionados, también podrá realizar la búsqueda de la nota de algún paciente en particular con los datos de tipo y número de identificación o nombres y apellidos, servicio donde se encuentra y fecha desde y hasta cuando se desea buscar.



Es recomendable al terminar de hacer sus evoluciones cerrar sesión por la acción indicada a continuación.
Parte superior derecha >botón rojo cerrar sesión

7.11. Atención agenda medica-servicios ambulatorios

Desde el perfil asignado al profesional, se podrá visualizar todos los módulos a los que tiene acceso, debe escoger la opción AGENDA MEDICA

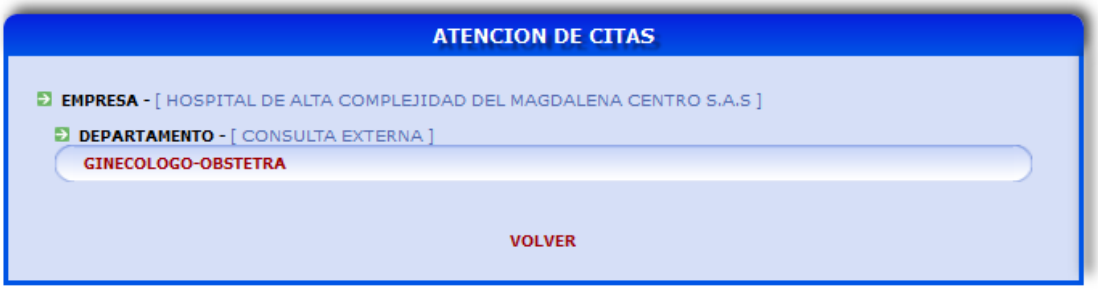


Una vez que el paciente haya realizado el proceso de dar cumplimiento de citas médicas y legalización de pago correspondiente a cuotas moderadoras, el profesional podrá realizar la atención de la cita lo cual será de la siguiente manera.

7.11.1. Modulo agenda medica

Al iniciar se debe dar clic sobre este módulo, donde se visualizará una ventana con submenú donde deberá escoger la opción **ATENCION DE CITAS**

En ese modulo se visualizara la especialidad a la que pertenece el profesional, a lo cual debera dar clic.



Existen dos tipos de atención la primera es **presencial** y la segunda es **telemedicina.**

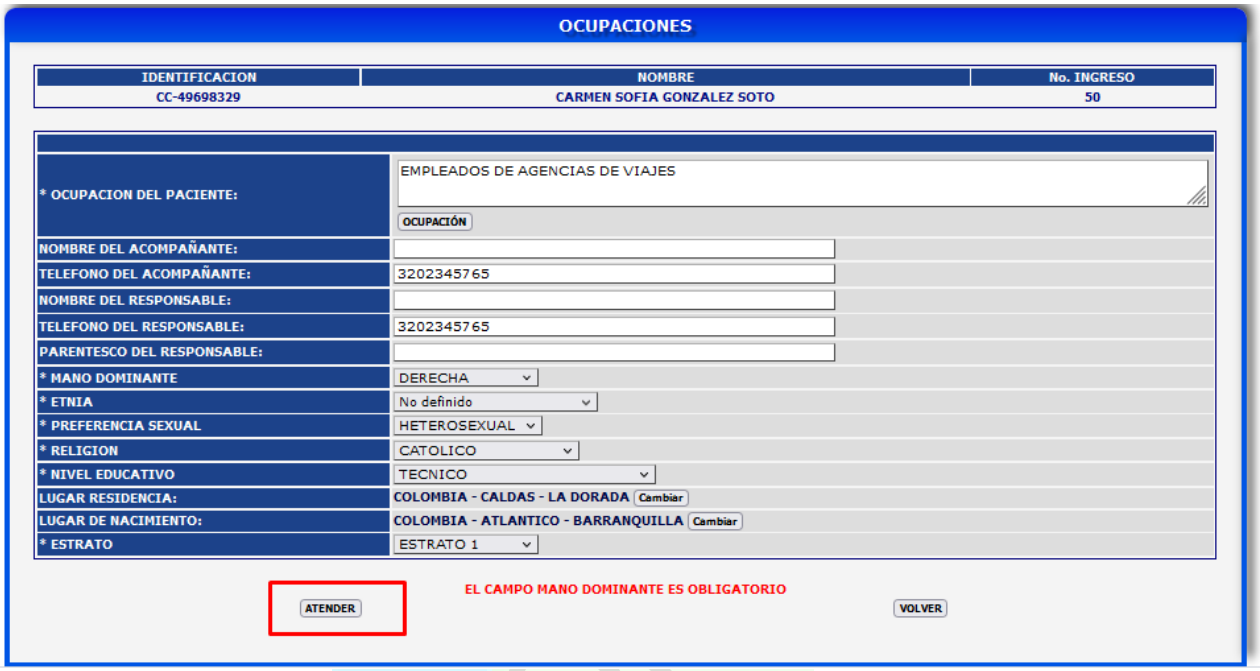
En la atención **presencial** nos muestra la agenda asignada especificando la hora, el paciente y el tipo de atención. En la columna de acción damos clic en Atender

En **telemedicina** nos muestra la agenda asignada especificando la hora, el paciente, tipo de atención y medio de atención. En la columna de acción damos clic en Atender

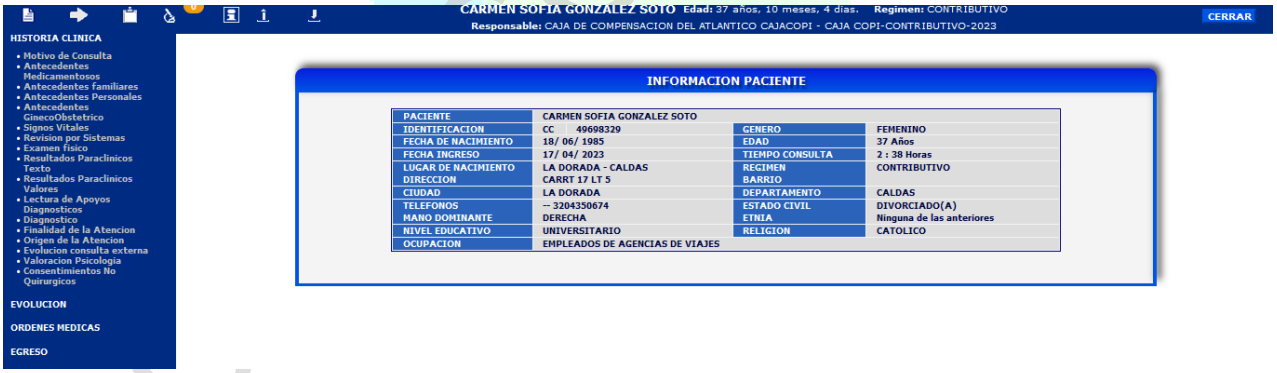
7.11.2. Atención consultas

Al dar clic sobre la opción **ATENDER** será direccionado a la historia clínica del paciente, este comienza visualizando una ventana donde el profesional deberá validar los datos del paciente y dar clic en atender.

- **HISTORIA CLINICA**



Inicialmente se visualizará una ventana de tipo informativo con los datos del paciente.



7.11.3. Motivo de consulta

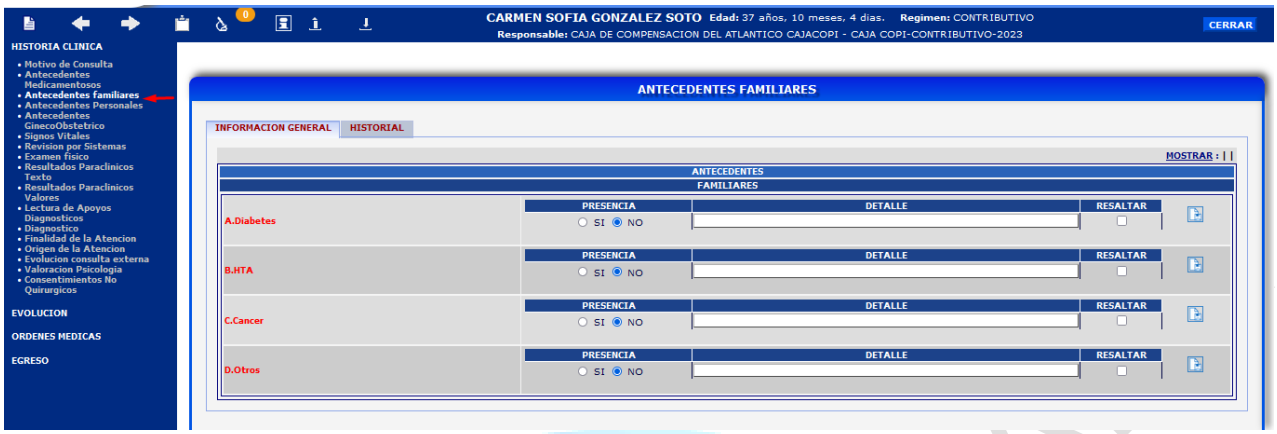
Aquí el profesional deberá registrar los datos referidos por el paciente, tales como motivo de consulta, enfermedad actual al finalizar deberá dar clic en insertar.

7.11.4. Antecedentes medicamentos

En esta opción se debe registrar la información suministrada por el paciente con relación al consumo de medicamentos, se escuentra detallada de la siguiente manera:
En la pestaña **ADICIONAR MEDICAMENTOS**, deberá ingresar la información suministrada por el paciente correspondiente al consumo actual de medicamentos también podrá visualizar y consultar en la opción **HISTORIAL DE MEDICAMENTOS** y la información de medicamentos que se le hayan suministrado al paciente durante sus estancias hospitalarias, esta se encontrará en la última pestaña **HISTORIAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS** una vez se ingresa esta información damos clic en GUARDAR.

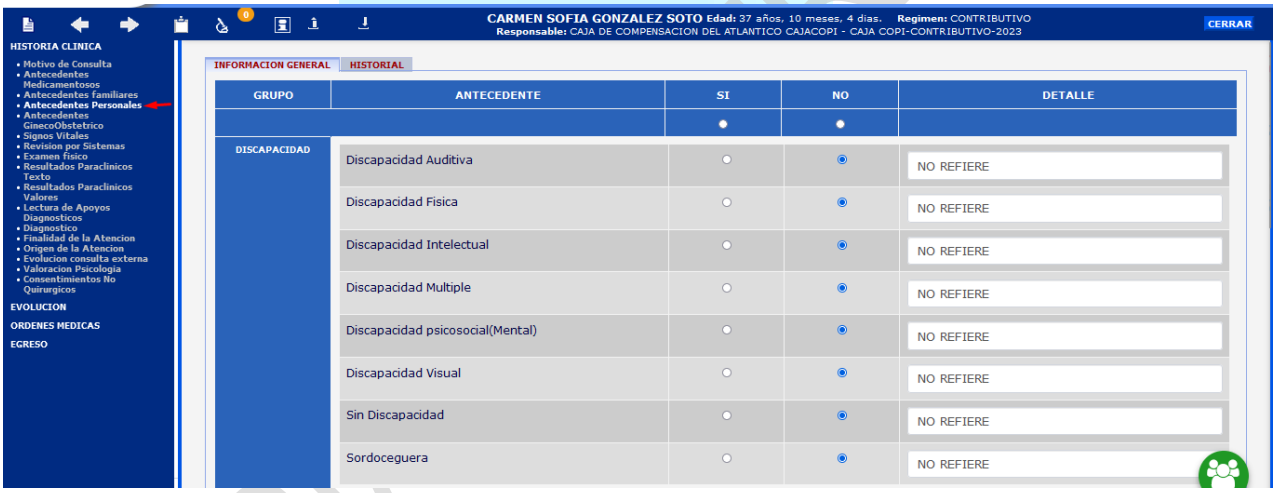
7.11.5. Antecedentes familiares

En esta opción se registrará la información correspondiente a los antecedentes familiares del paciente y también podrá consultar información que haya sido ingresada por otros profesionales en atenciones anteriores.
Por defecto todos saldrán en **NO**, si la respuesta es **SI** deberá describir en detalle y a continuación dar clic en resaltar, es importante realizar esta acción como se describe para poder guardar los datos correspondientes.



7.11.6. Antecedentes personales

De la misma manera que se ingresan los antecedentes familiares se deben registrar los personales, por defecto todos estan marcados en **NO** se deben editar e insertar en detalle la observacion coorrespondiente y al finalizar se debe dar clic en guardar.



7.11.7. Antecedentes gineco-obstetrico

Es importante registrar la informacion en cada una de las opciones de este submenu, escribir el detalle y luego clic en resaltar que es la forma en la cual quedaría registrada la información.

COPIA CONTROLADA

7.11.8. Signos vitales

Aquí el profesional deberá ingresar en cada uan de las casillas la toma de signos vitales que le realiza al paciente en el consultorio.

7.11.9. Revision por sistema

Esta es una de los datos de carácter OBLIGATORIO donde el profesional deberá registrar los datos de la revisión que realice al paciente indicado en cada una de las casillas la información correspondiente.

COPIA CONTROLADA

7.11.10. Examen fisico

Esta opción se debe diligenciar de la siguiente manera: en información general, deberá insertar el resultado de la revisión realizada al paciente, que parte del sistema fue explorado y cual no, así como también los resultados encontrados lo cual lo debe ingresar en HALLAZGO, en la parte de historial se podrá consultar los datos que otros profesionales han ingresado en sus atenciones, al final deberá dar clic en guardar.

7.11.11. Resultado paraclinicos

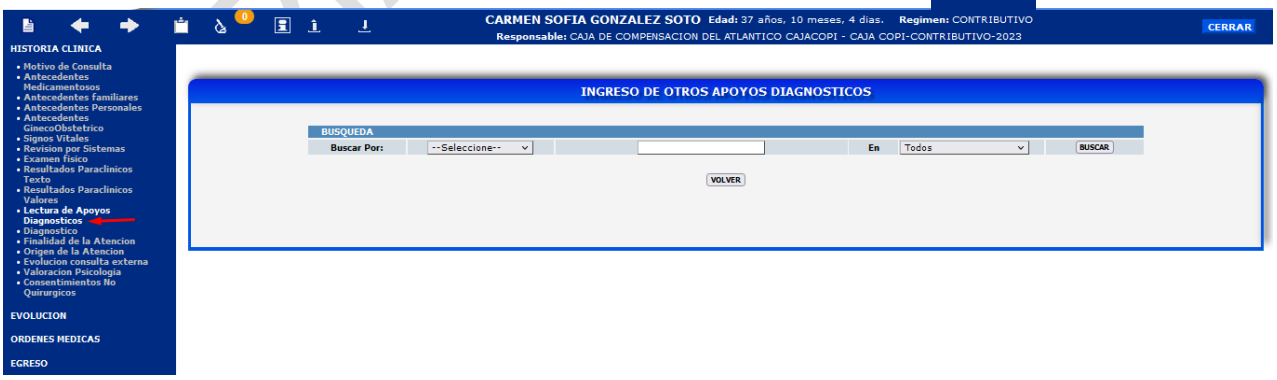
Esta opción es un cuadro de texto, en la cual el profesional podrá transcribir de manera amplia resultados de apoyos diagnósticos extrainstitucionales como por ejemplo lectura de RX que el paciente aporte en el momento de la consulta.

7.11.12. Resultado de paraclinicos valores

Al igual que la anterior, esta opción se utiliza en caso de que al paciente le hayan realizado laboratorios de manera extrainstitucional y se deben registrar los valores detallados del resultado de laboratorios en cada una de las opciones.

7.11.13. Lectura de apoyos diagnosticos

En esta opcion el profesional podra leer los estudios ordenados al paciente internamente en atenciones anteriores y que ya se encuentran para ser interpretardos por el especialsita, otra opcion de lectura de apoyos es en la parte superior en el icono del microscopio que se encuentra en la parte superior de la ventana.



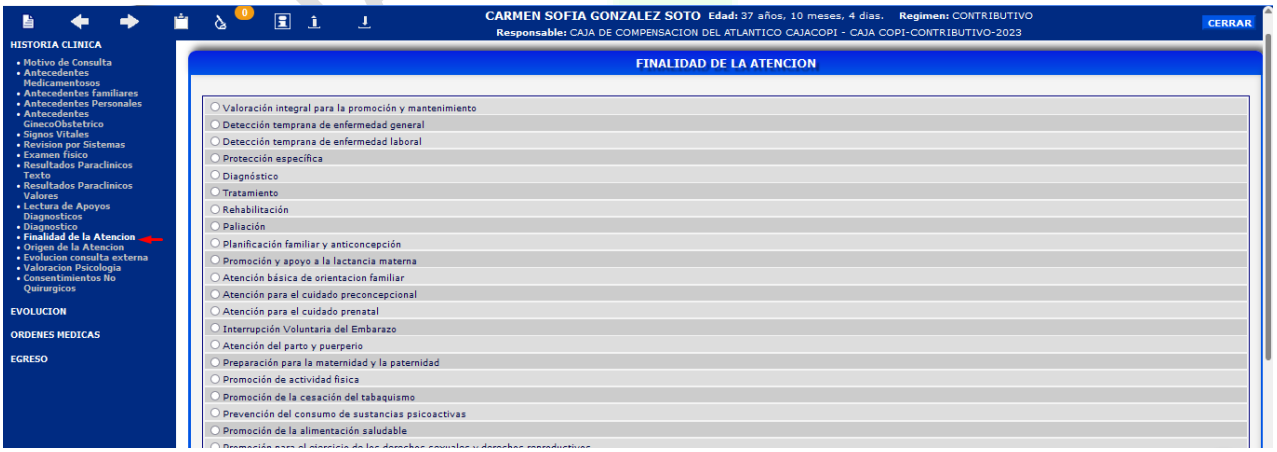
7.11.14. Diagnostico

Casilla donde se deberá ingresar el diagnóstico de acuerdo con la revisión y estado del paciente

Se debe dar clic en adicionar diagnósticos, donde se desplegará una ventana con los diagnósticos CIE10, allí podrá realizar búsqueda por código o por diagnóstico, una vez seleccionado el diagnostico deberá indicar si es impresión diagnostica ID - confirmado nuevo CN ó confirmado repetido CR, y a continuación dar clic en OP y GUARDAR.

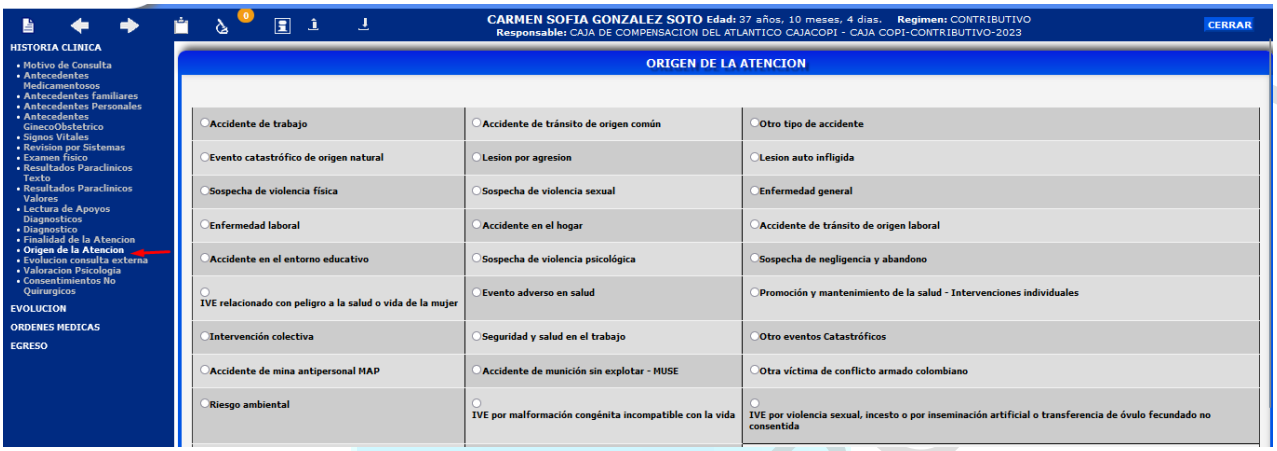
7.11.15. Finalidad de la atención

En esta ventana deberá seleccionar el propósito de la atención de acuerdo con el listado de opciones que se le presentan, al final deberá darle clic en insertar.



7.11.16. Origen de la atención

Esta opción consiste en elegir una clasificación de acuerdo con el listado que se le presenten en cual el profesional deberá seleccionar con relación a la causa de la atención.



7.11.17. Valoración psicología

Esta opción aplica para las valoraciones de esta especialidad, es un cuadro de texto donde el profesional en psicología podrá ingresar los datos de la valoración.

7.11.18. Consentimientos no quirúrgicos

En esta opción se encuentran todos los procedimientos que requieran autorización del paciente, donde el profesional deberá explicarle al paciente en forma clara y sencilla todo lo relacionado con el procedimiento a realizar, este documento se firmara mediante una Tablet o código QR.

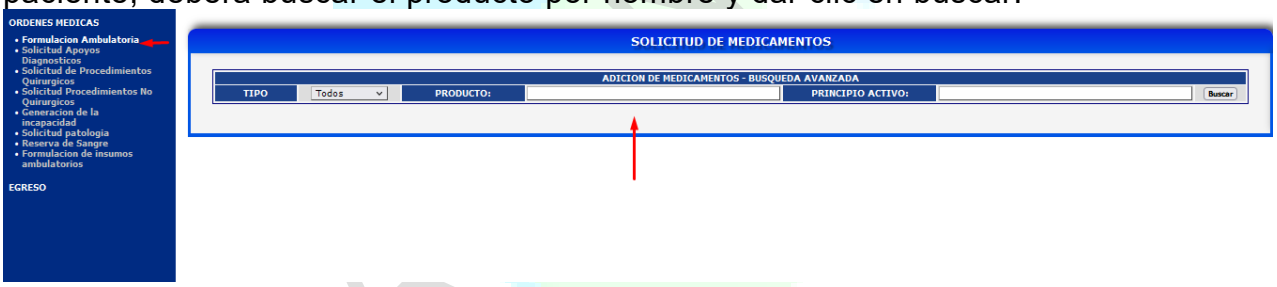
Deberá seleccionar el consentimiento y diligenciarlo de acuerdo con la información solicitada.

7.11.19. Ordenes medicas

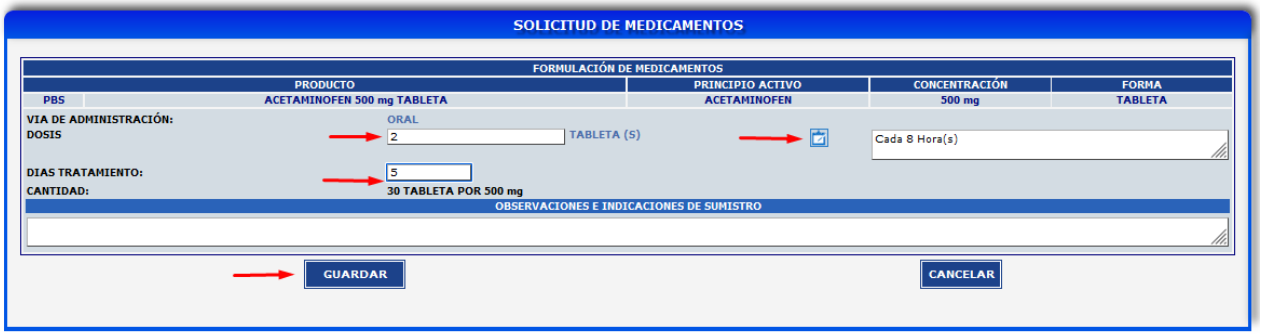
A continuación, detallaremos las opciones correspondientes a ORDENES MEDICAS, donde el especialista debe registrar la conducta a seguir con el paciente de acuerdo con su valoración.

7.11.20. Formulación ambulatoria

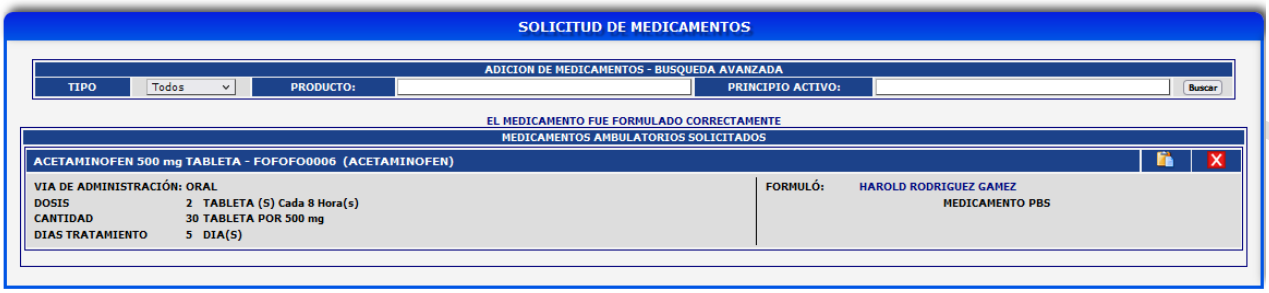
En esta opción el especialista deberá seleccionar los medicamentos que indicará al paciente, deberá buscar el producto por nombre y dar clic en buscar.



Una vez ingresado el medicamento se debe ingresar la dosis, escoger la frecuencia e indicar los días de tratamiento, al finalizar deberá dar clic en guardar.

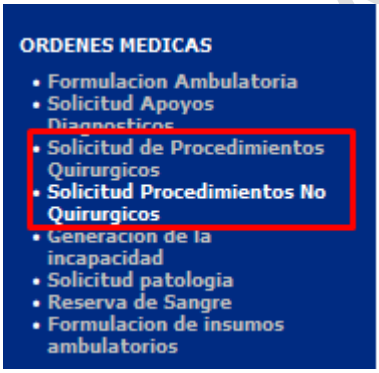


De esta manera se deberá ingresar cada uno de los medicamentos a formular al paciente, al finalizar le visualizará el detalle de cada uno de los medicamentos indicados con cantidad, frecuencia y duración del tratamiento.



7.11.21. Solicitud apoyos diagnósticos

Esta opción se utiliza en caso de que el paciente requiera solicitarle algún tipo de apoyo diagnósticos, se debe realizar la búsqueda por descripción a continuación dar clic en **OPCIÓN** y por último clic en seleccionar.

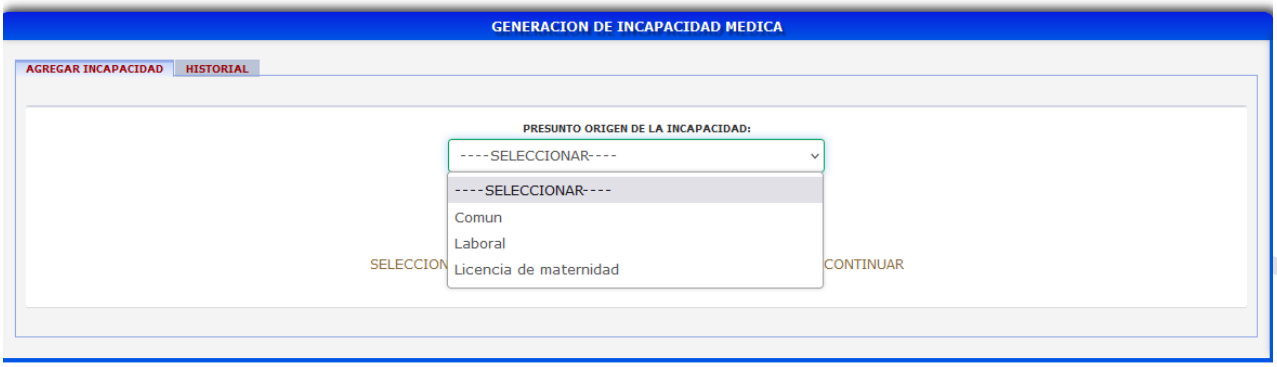


De igual manera le permitirá solicitar procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Deberá buscar por nombre el procedimiento y dar clic en solicitar

A continuación, se desplegará una ventana donde deberá diligenciar cada uno de los datos requeridos, por último, deberá diligenciar el consentimiento informado para dicho procedimiento.

7.11.22. Generación de incapacidad medica

En caso de que el paciente amerite una incapacidad médica, el especialista deberá escoger el presunto origen de la incapacidad y dependiendo de esta elección se desplegará una ventana con la información requerida para esta opción.



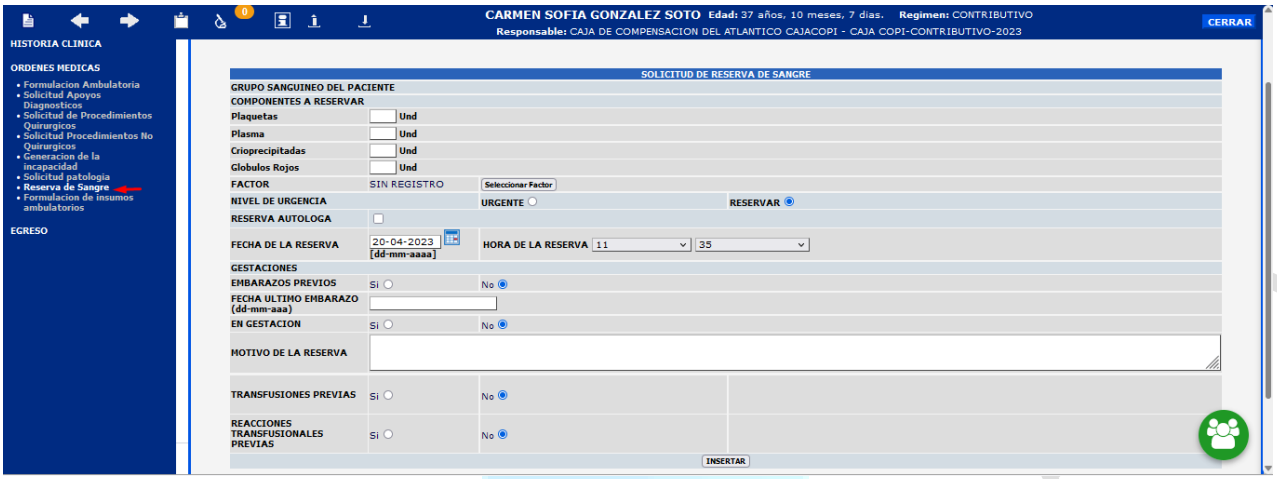
7.11.23. Solicitud patología

Aplica para el caso en el que el paciente requiera un estudio de patología de algún tejido, el profesional deberá registrar la información detallada como solicitud tratamiento efectuado tiempo de duración, observaciones, escoger el diagnóstico y el CUPS que corresponda para dicho estudio.

7.11.24. Reserva de sangre

Aplica para el caso de solicitar procedimientos quirúrgicos y que el paciente amerite una reserva de sangre, en esta ventana se deben registrar los datos con la información solicitada en cada una de las casillas correspondientes a transfusiones de hemoderivados

COPIA CONTROLADA



7.11.25. Insumos ambulatorios

Corresponde a los insumos que le serán formulados de manera ambulatoria al paciente ejemplo muletas, inmovilizadores cabestrillos etc.

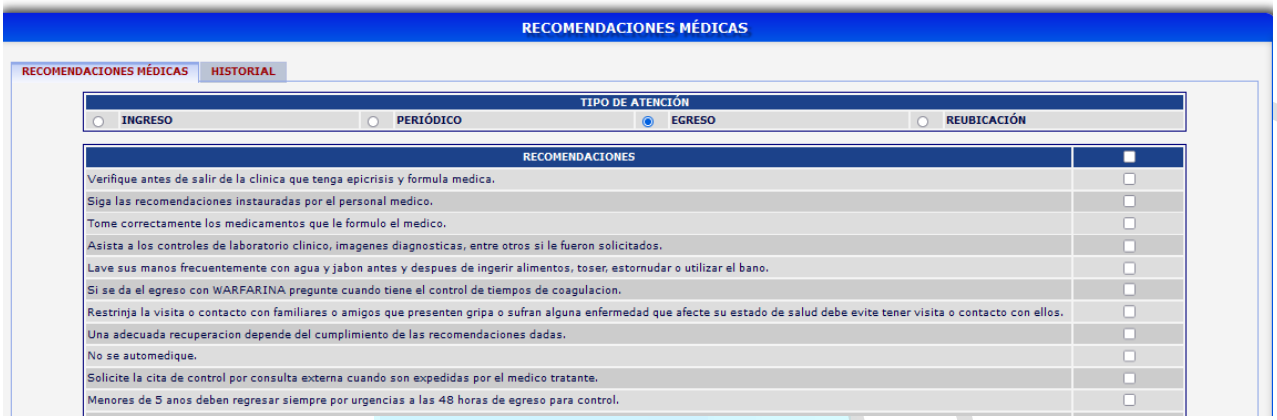
Se deberá ingresar el insumo por nombre-buscar y por último deberá indicar la cantidad, cl ic en el recuadro que aparecerá al frente de la casilla cantidad y por último clin en adicionar.

7.11.26. Ordenes medicas

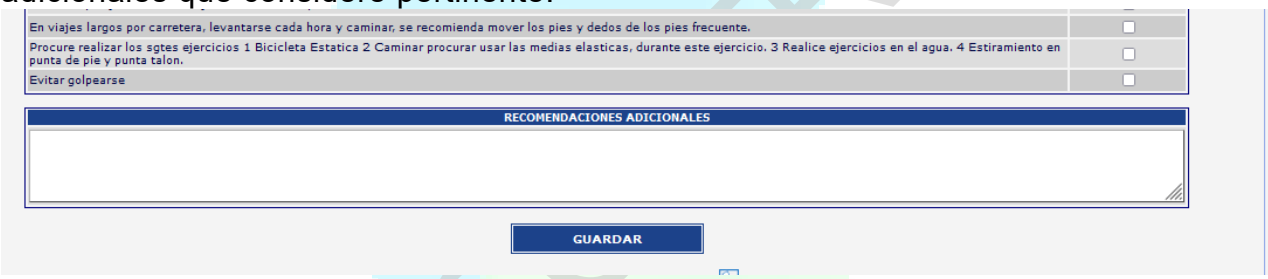
Esta es la última opción del menú donde encontrara las siguientes opciones:

7.11.27. Indicaciones médicas y educación al paciente

Existen unas recomendaciones precargadas de las cuales el especialista deberá escoger de acuerdo con su criterio, también podrá seleccionarlas todas si así lo considera.



En la parte inferior aparecerá un cuadro de texto donde podrá indicar las recomendaciones adicionales que considere pertinente.

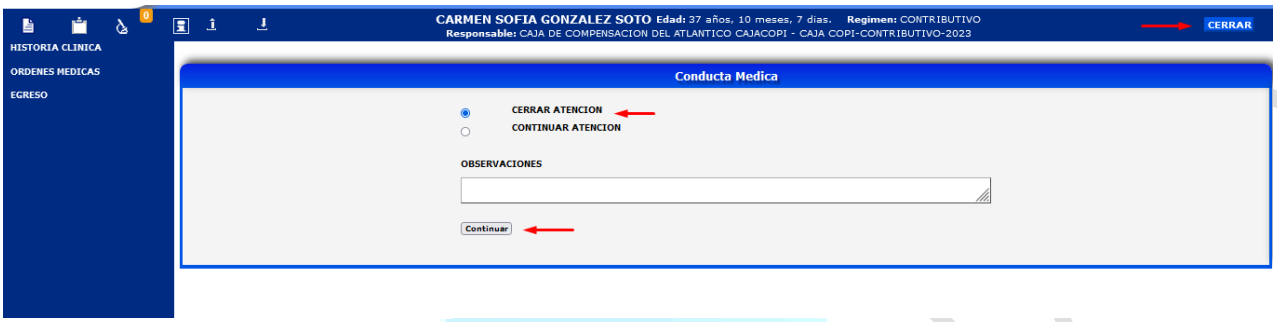


7.11.28. Diagnóstico de egreso

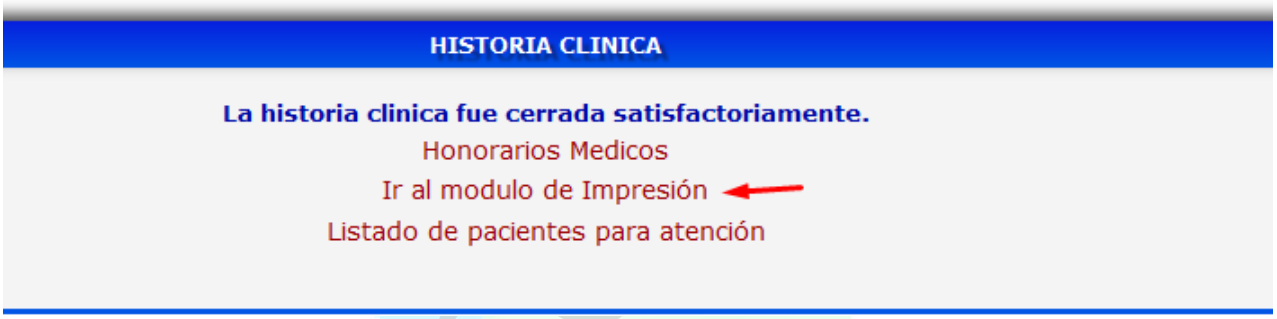
Consiste en el diagnostico para el cierre de la atención y será el que finalmente quedará registrado en el RIPS.

Aquí deberá buscar el diagnostico por código o por nombre, indicar el tipo de diagnóstico, dar clic en la casilla OP y al final deberá dar clic en guardar.

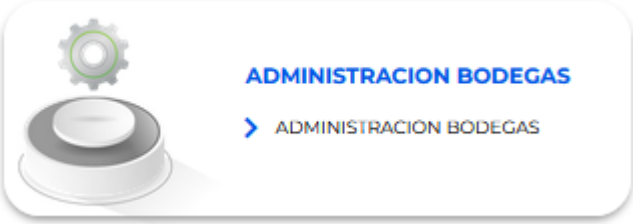
Una vez que se ingresen todos los datos de la historia clínica deberá dar clic en la opción CERRAR ubicada en la parte superior derecha, a continuación, deberá asegurarse que esté seleccionado la opción CERRAR ATENCION y por último deberá dar clic en continuar.



Se desplegará una ventada donde deberá seleccionar la opción Ir al módulo de impresión. Donde deberá escoger la documentación que desea imprimir para entregar al paciente tales como: epicrisis, ordenes médicas, recomendaciones entre otras.

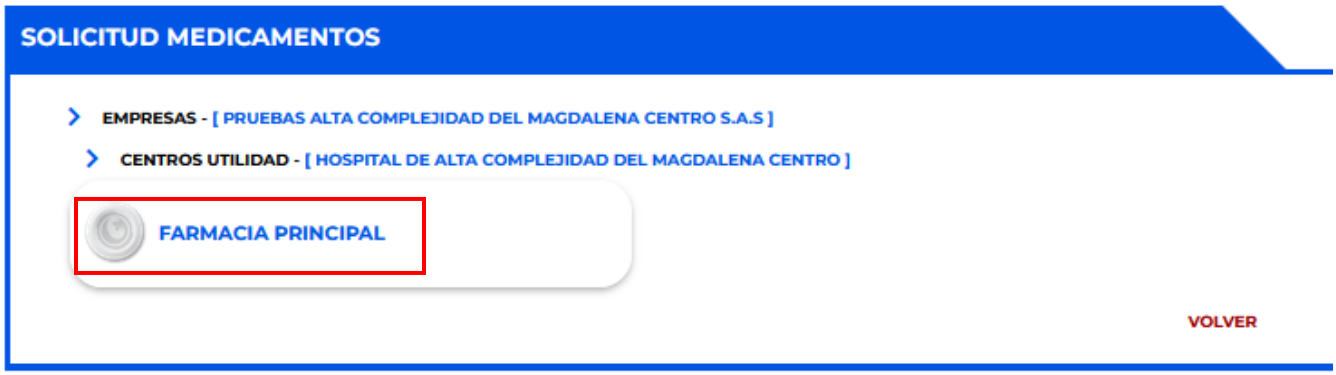


7.12. Despacho de medicamentos

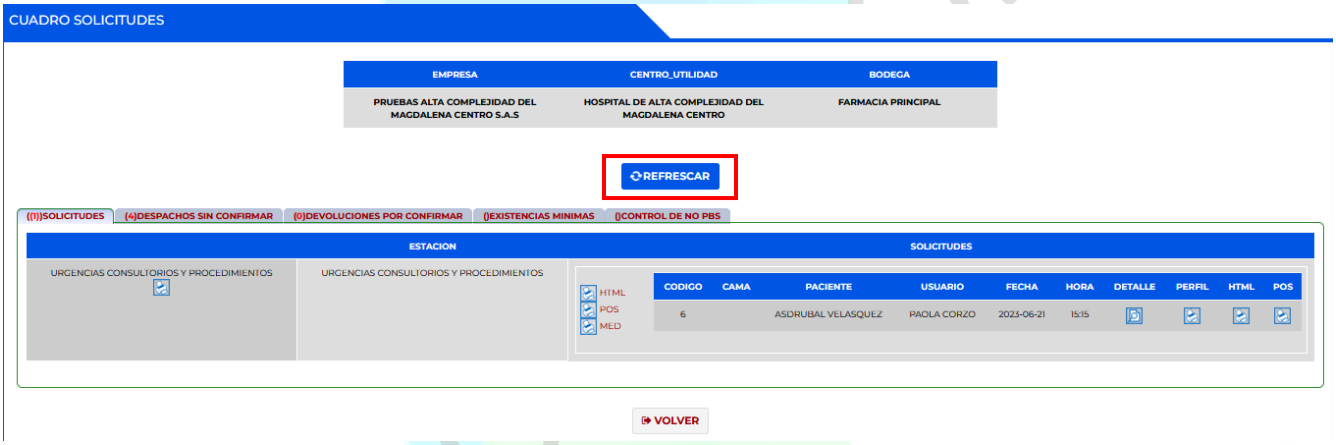


Este módulo permitirá al personal de farmacia, realizar el despacho de medicamentos solicitados a esta área.

Para ingresar, haga clic en la opción FARMACIA PRINCIPAL.



Se encontrará el botón REFRESCAR, al cual se le debe estar dando clic ya que permitirá actualizar los despachos de cada paciente en cada una de las estaciones.

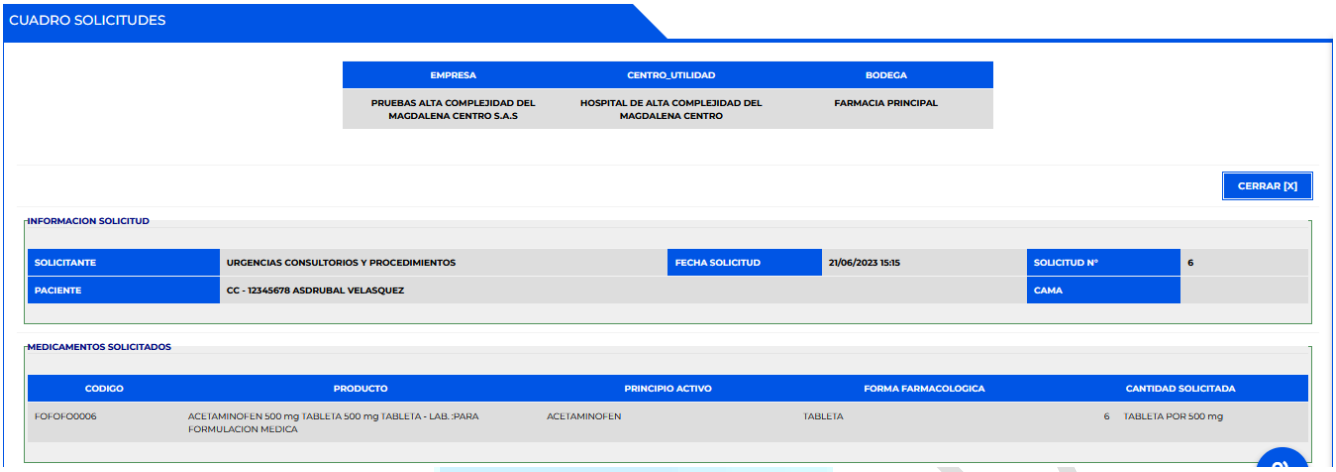


Se encontrarán varias pestañas

7.12.1. Solicitudes

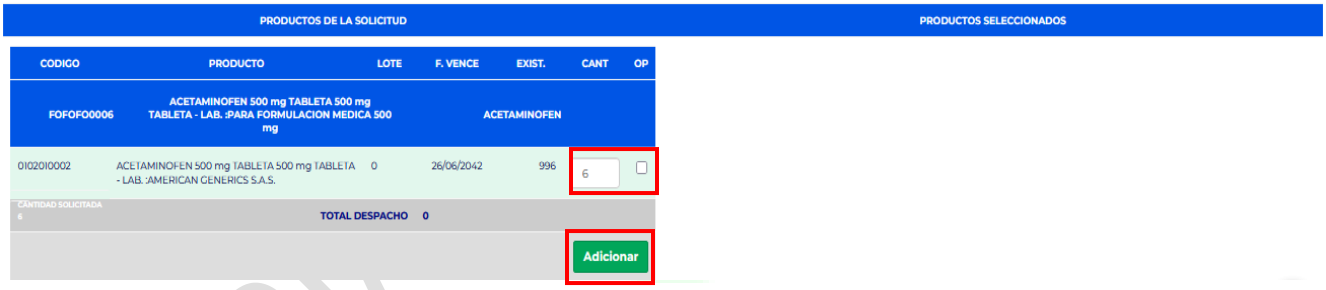
Muestra el total de pacientes que se encuentran pendientes por despachar medicamentos en cada estación. Haga clic en DETALLE

El sistema mostrará la información de la solicitud

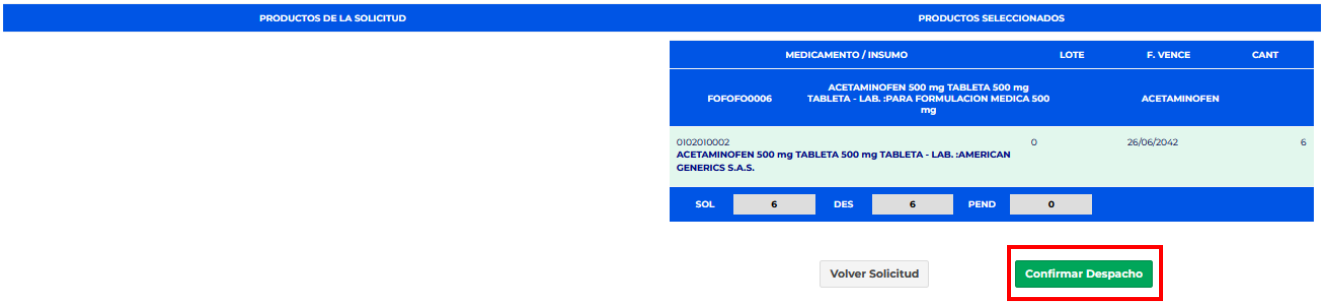


Se encontrará la tabla de clasificación de estado del medicamento. Cuando el medicamento presenta novedad, se indicará con el color respectivo.

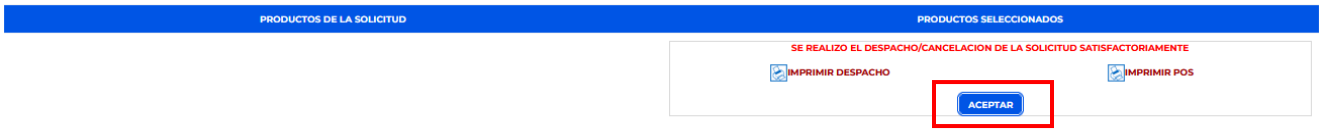
Muestra el medicamento producto de la solicitud que se va a despachar, aparece la cantidad disponible, esto depende de la fecha de vencimiento del medicamento, se selecciona el que está más cercano a vencimiento para evacuar el lote y se da clic en ADICIONAR.



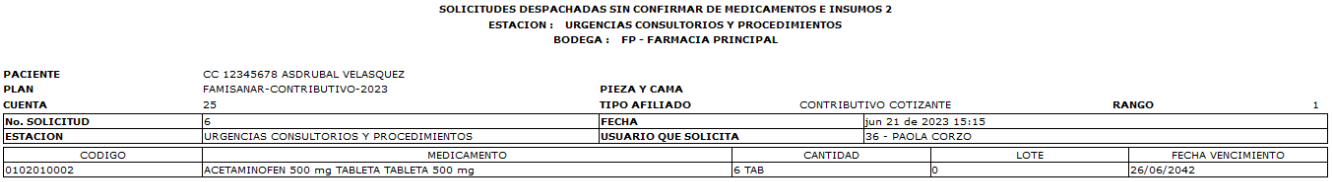
Luego, se muestra la ventana PRODUCTOS SELECCIONADOS y se da clic en CONFIRMAR DESPACHO.



Se podrá imprimir con impresora convencional o impresora POS y se finalizará dando clic en ACEPTAR



Formato con impresora convencional tamaño carta

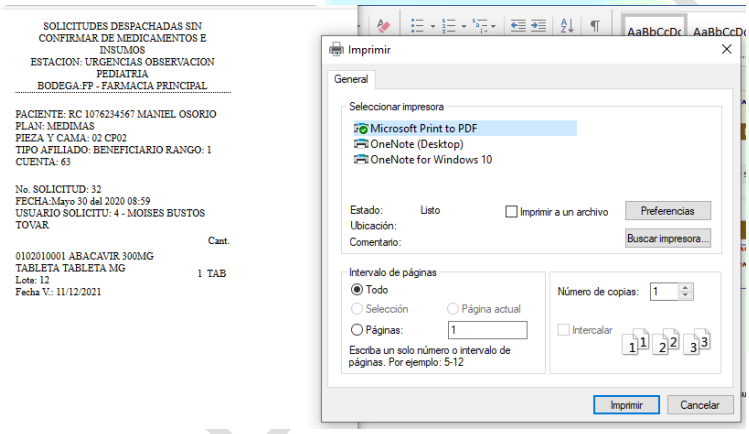


SOLICITUDES DESPACHADAS SIN CONFIRMAR DE MEDICAMENTOS E INSUMOS 2
ESTACION : URGENCIAS CONSULTORIOS Y PROCEDIMIENTOS
BODEGA : FP - FARMACIA PRINCIPAL

PACIENTE	CC 12345678 ASDRUBAL VELASQUEZ				
PLAN	FAMISANAR-CONTRIBUTIVO-2023	**PIEZA Y CAMA**			
CUENTA	25	**TIPO AFILIADO**	CONTRIBUTIVO COTIZANTE	**RANGO**	1
No. SOLICITUD	6	**FECHA**	jun 21 de 2023 15:15		
ESTACION	URGENCIAS CONSULTORIOS Y PROCEDIMIENTOS	**USUARIO QUE SOLICITA**	36 - PAOLA CORZO		

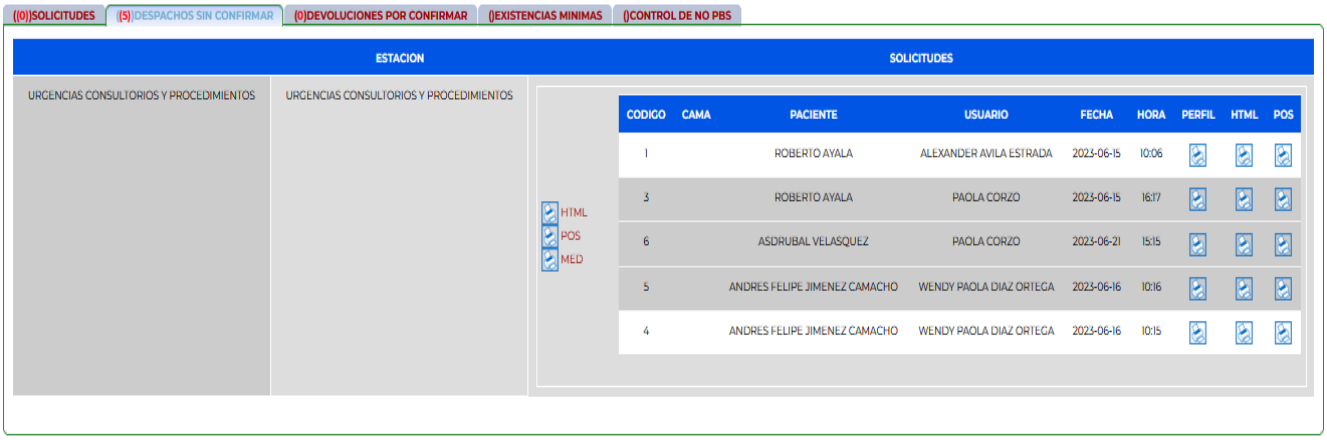
CODIGO	MEDICAMENTO	CANTIDAD	LOTE	FECHA VENCIMIENTO
0102010002	ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA TABLETA 500 mg	6 TAB	0	26/06/2042

Formato con impresora POS



7.12.2. Despachos sin confirmar

Muestra los medicamentos que se encuentran por confirmar en la estación donde se solicitan; esta confirmación la realiza el profesional en enfermería y posteriormente desaparecerá de esta lista.



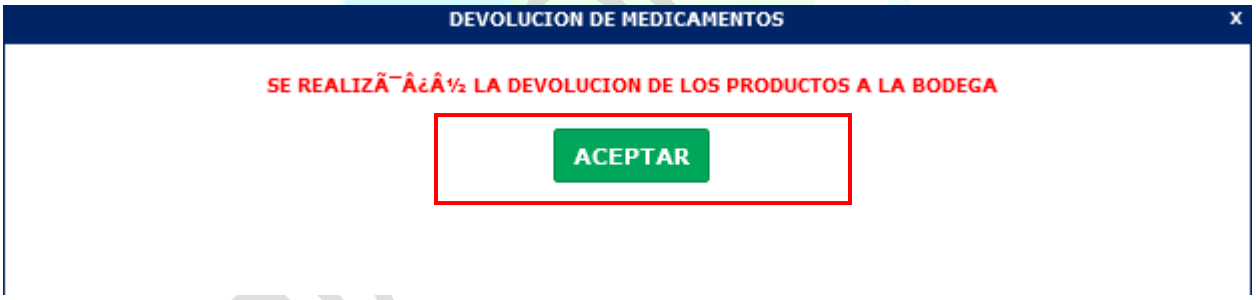
7.12.3. Devolución por confirmar

Cuando un paciente presenta novedades como: dar de alta, mal suministrado o fallecimiento, necesitan devolver el medicamento a farmacia; en la estación solicitan la devolución y farmacia la recibe confirmando con las unidades físicas.

Al momento de seleccionar, se muestra una ventana emergente y se selecciona el medicamento a recibir; se finaliza con un clic en ACEPTAR DEVOLUCION.

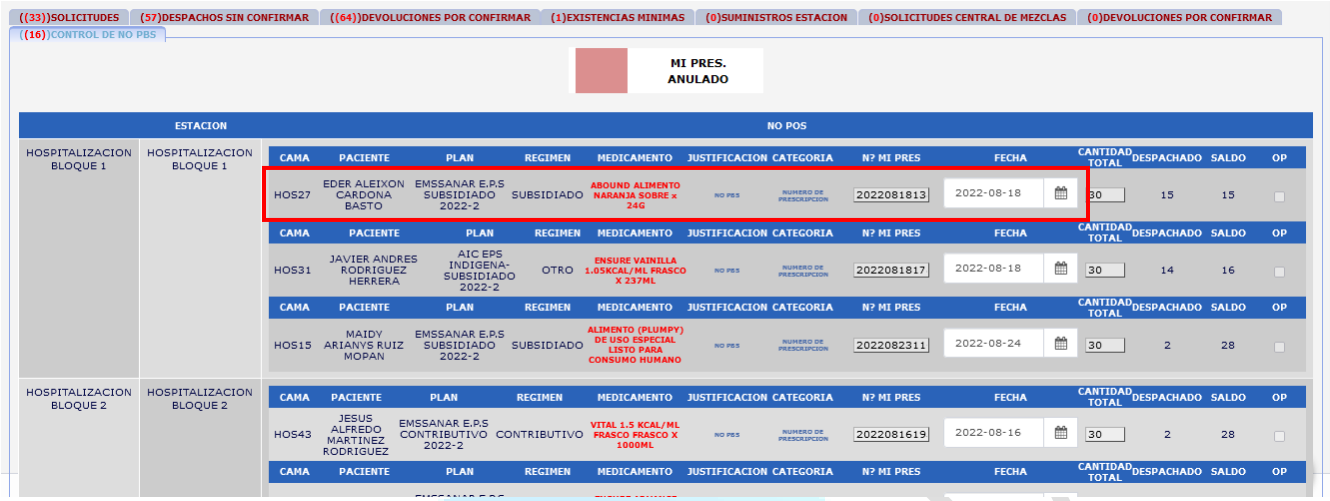
CONTROLA

Posteriormente se muestra el mensaje de confirmación de la devolución.



7.12.4. Control de no pos

Cuando se solicitan medicamentos NO POS o NO PBS llegan con el número inscrito de MI PRES
El proceso consiste en seleccionar la fecha confirmando al momento que se despachan las solicitudes del medicamento



Indicando la fecha, se selecciona en la columna OP y se muestra el mensaje confirmatorio. Haga clic en SI, AUTORIZAR

7.12.5. Saldo 0 no PBS

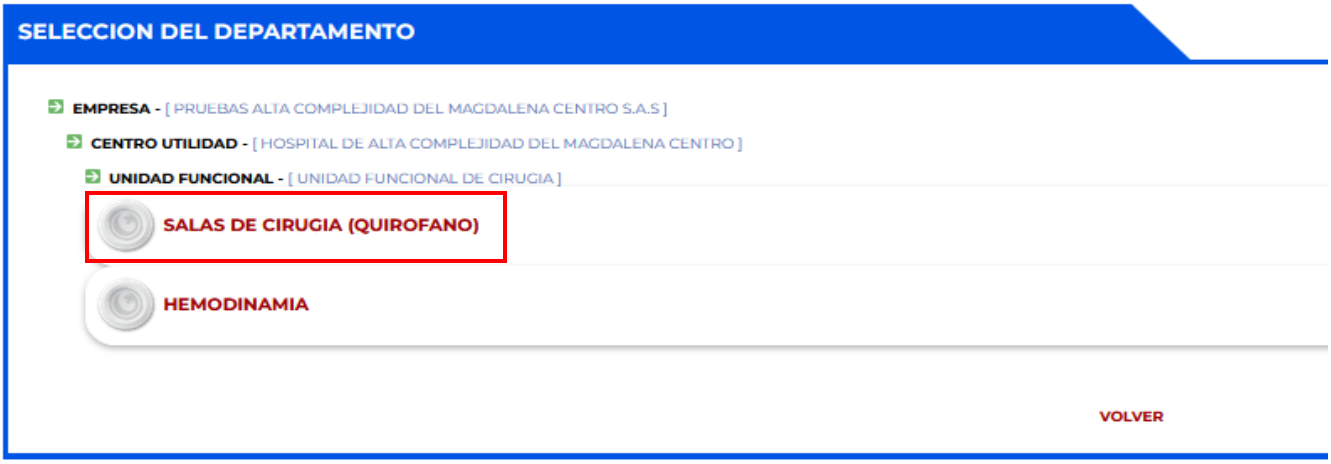
Completado el despacho y ya no tenga saldo, el médico debe realizar un nuevo MIPRES.
El profesional en enfermería debe llevar el número de preinscripción a farmacia y deberá ingresar el nuevo número MIPRES, ingresar la fecha de solicitud y finalizar con AUTORIZAR.

Despues de confirmar, a enfermería se le habilita para hacer la solicitud del medicamento.

7.13. Canasta cirugía

Este módulo permitirá al personal de farmacia, realizar el despacho de la canasta de cirugía.

Para ingresar, haga clic en la opción de la sala correspondiente.



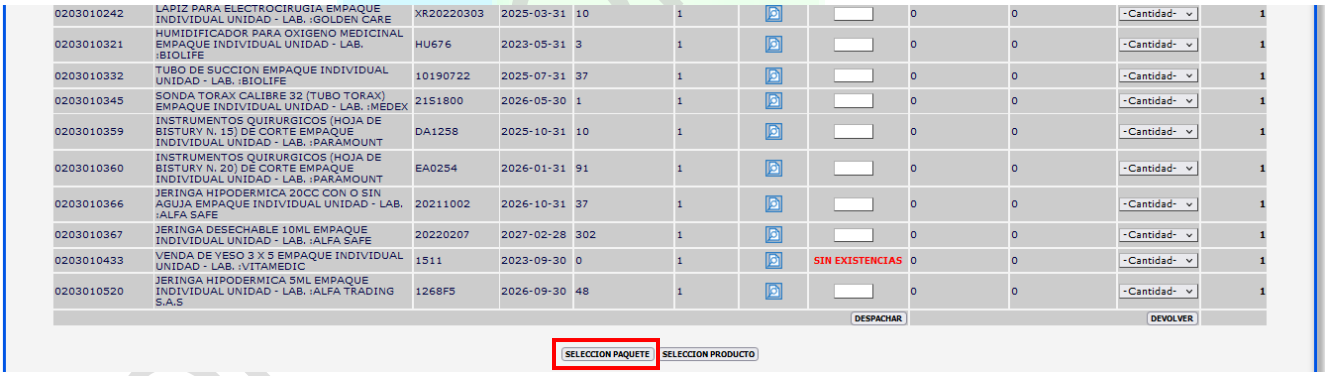
Seleccione el paciente al cual se le va a realizar el cargue de la canasta, dando clic en el botón DESPACHOS Y DEVOLUCIONES DE INSUMOS PARA CIRUGIA.

QUIROFANO		FECHA	HORA INICIO	DURACION(HH:mm)	NOMBRE PACIENTE	CIRUJANO	ESTADO
QUIROFANO2	5074	Jul 11 de 2022	22:35	01:01	LUIS MICENO CAIPE CUARAN		
QUIROFANO2	5527	Ago 01 de 2022	06:00	00:30	SANDRA MARIA SANTANDER DIAZ	EDUARDO ALFONSO CAMPO AVILES	
QUIROFANO2	6123	Ago 25 de 2022	11:30	00:30	CARLOS ANTONIO CABEZAS MONAGA		
QUIROFANO2	6146	Ago 25 de 2022	19:30	00:30	LUIS ALBERTO CRIOLLO VARGAS		
QUIROFANO2	6148	Ago 26 de 2022	06:00	00:30	FANNY PEREZ GUERRERO		
QUIROFANO2	6149	Ago 26 de 2022	06:30	00:30	EDER DANIEL CASTELLANOS ROJAS		
QUIROFANO2	6150	Ago 26 de 2022	07:00	00:30	JAIME ALBERTO BERNAL MARTINEZ		
QUIROFANO2	6151	Ago 26 de 2022	07:30	00:30	LUIS ARTURO PUPIALES INCHIMA		
QUIROFANO2	6152	Ago 26 de 2022	08:00	00:30	YORDANA XIMENA ENRIQUEZ MOSOMBIQUE		
QUIROFANO2	6153	Ago 26 de 2022	08:30	00:30	YURI VIVANA CALDERON ZULETA		
QUIROFANO2	6154	Ago 26 de 2022	09:00	00:30	JAIME ANTONIO BURBANO		
QUIROFANO2	6155	Ago 26 de 2022	09:30	00:30	GLORIA SABINA DELGADO		

Se mostrará la información con los items que componen la canasta: codigo, producto, lote, fecha de vencimiento, existencias, cantidades despachadas, cantidad a despachar, cantidades devueltas, cantidades suministradas, cantidad a devolver, cantidad a facturar; adicionalmente estarán las opciones de SELECCION PAQUETE y SELECCION PRODUCTO.

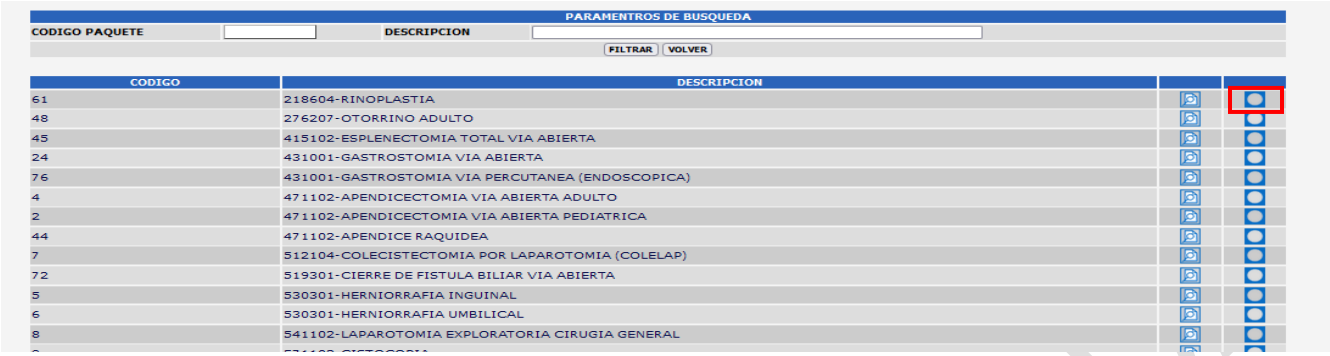
7.13.1. Seleccion paquete

Si los productos no se encuentran acorde con el procedimiento, se puede cambiar el paquete de canasta, para ello se debe ingresar por la opción SELECCION PAQUETE.



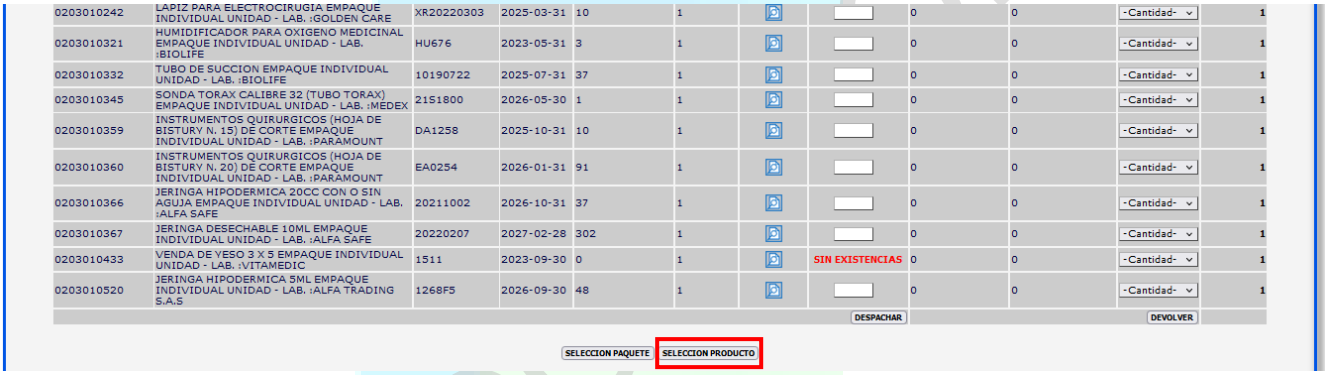
0203010242	LAPIZ PARA ELECTROCIRUGIA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :GOLDEN CARE	XR20220303	2025-03-31	10	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010321	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO MEDICINAL EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	HU676	2023-05-31	3	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010332	TUBO DE SUCCION EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	10190722	2025-07-31	37	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010345	SONDA TORAX CALIBRE 32 (TUBO TORAX) EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :MEDEX	21S1800	2026-05-30	1	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010359	INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 15) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	DA1258	2025-10-31	10	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010360	INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 20) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	EA0254	2026-01-31	91	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010366	JERINGA HIPODERMICA 20CC CON O SIN AGUJA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20211002	2026-10-31	37	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010367	JERINGA DESECHABLE 10ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20220207	2027-02-28	302	1		0	0	-Cantidad-	1
0203010433	VENDA DE YESO 3 X 5 EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :VITAMEDIC	1511	2023-09-30	0	1	SIN EXISTENCIAS	0	0	-Cantidad-	1
0203010520	JERINGA HIPODERMICA 5ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA TRADING S.A.S	1268F5	2026-09-30	48	1		0	0	-Cantidad-	1

Y seleccionar de acuerdo con el procedimiento el paquete que requiere el paciente, haciendo clic en la opción SELECCIONAR PAQUETE.



7.13.2. Seleccion producto

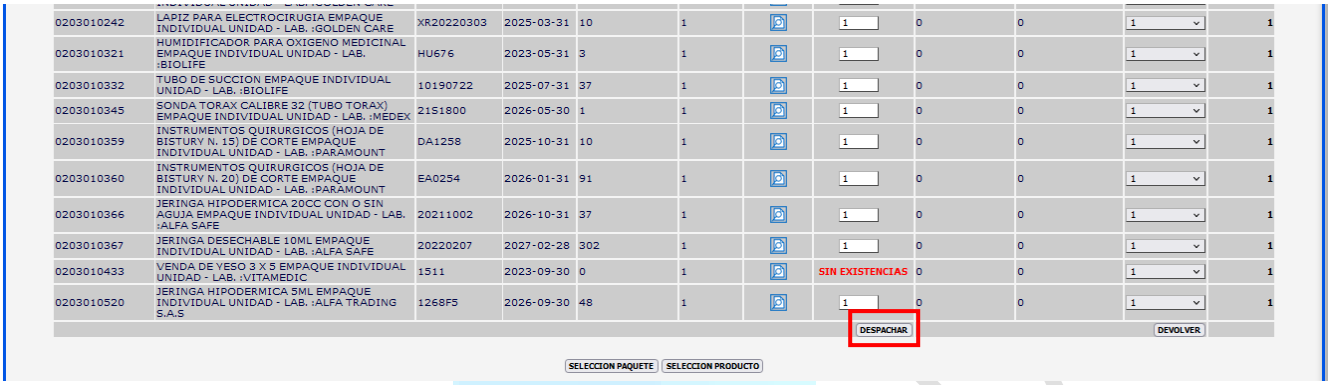
Si se necesita un producto que no se encuentra dentro del paquete de la canasta seleccionado o parametrizado, se puede adicionar ingresando por la opción SELECCION PRODUCTO.



Se selecciona el producto o productos a cargar haciendo clic en SELECCIONAR PRODUCTO, y finalizando el cargue con el botón VOLVER.

7.13.3. Despachar

Una vez cargada la canasta y confirmada la cantidad a despachar, se hace clic en el botón DESPACHAR.



0203010242	LAPIZ PARA ELECTROCIRUGIA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :GOLDEN CARE	XR20220303	2025-03-31	10	1		1	0	0	1	1
0203010321	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO MEDICINAL EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	HU676	2023-05-31	3	1		1	0	0	1	1
0203010332	TUBO DE SUCCION EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	10190722	2025-07-31	37	1		1	0	0	1	1
0203010345	SONDA TORAX CALIBRE 32 (TUBO TORAX) EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :MEDEX	21S1800	2026-05-30	1	1		1	0	0	1	1
0203010359	INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 15) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	DA1258	2025-10-31	10	1		1	0	0	1	1
0203010360	INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 20) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	EA0254	2026-01-31	91	1		1	0	0	1	1
0203010366	JERINGA HIPODERMICA 20CC CON O SIN AGUJA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20211002	2026-10-31	37	1		1	0	0	1	1
0203010367	JERINGA DESECHABLE 10ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20220207	2027-02-28	302	1		1	0	0	1	1
0203010433	VENDA DE YESO 3 X 5 EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :VITAMEDIC	1511	2023-09-30	0	1		SIN EXISTENCIAS	0	0	1	1
0203010520	JERINGA HIPODERMICA 5ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA TRADING S.A.S	1268F5	2026-09-30	48	1		1	0	0	1	1

DESPACHAR DEVOLVER

SELECCION PAQUETE SELECCION PRODUCTO

Posteriormente, se debe seleccionar el Circulante al que realiza la entrega y se hace clic nuevamente en DESPACHAR.

PRODUCTO	LOTE	FEC VENCIMIENTO	EXISTENCIA	CANTIDAD
0203010011 BOLSA PARA DRENAJE URINARIO (CYSTOFLO) 2000ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOPLAST S.A.	10010422	2027-04-30	5	1
0203010238 SONDA FOLEY # 18 2 VIAS EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :GOLDEN CARE	190901051716	2024-08-31	11	1
0203010242 LAPIZ PARA ELECTROCIRUGIA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :GOLDEN CARE	XR20220303	2025-03-31	10	1
0203010321 HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO MEDICINAL EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	HU676	2023-05-31	3	1
0203010332 TUBO DE SUCCION EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	10190722	2025-07-31	37	1
0203010345 SONDA TORAX CALIBRE 32 (TUBO TORAX) EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :MEDEX	21S1800	2026-05-30	1	1
0203010359 INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 15) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	DA1258	2025-10-31	10	1
0203010360 INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 20) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	EA0254	2026-01-31	91	1
0203010366 JERINGA HIPODERMICA 20CC CON O SIN AGUJA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20211002	2026-10-31	37	1
0203010367 JERINGA DESECHABLE 10ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20220207	2027-02-28	302	1
0203010520 JERINGA HIPODERMICA 5ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA TRADING S.A.S	1268F5	2026-09-30	48	1

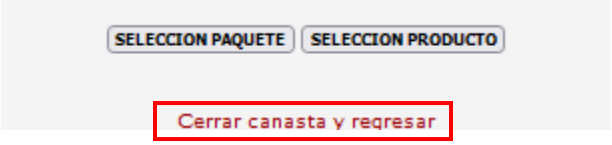
DATOS DEL DESPACHO

CIRCULANTE: ADRIANA CILIA VALENCIA MARTINEZ

OBSERVACIONES

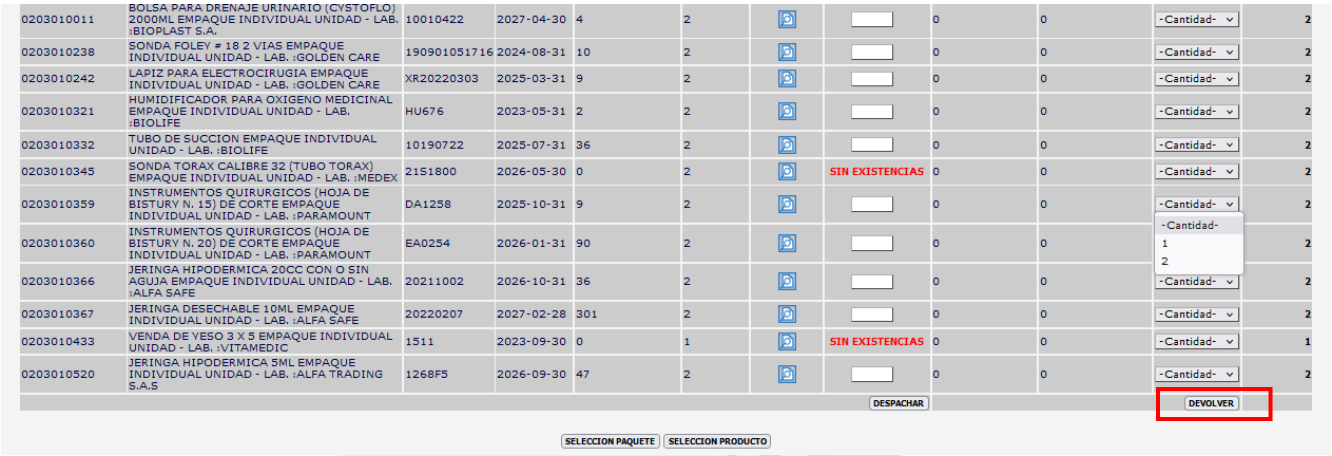
DESPACHAR

Finalmente, se debe dar clic en la opción Cerrar canasta y regresar



7.13.4. Devolución

Cuando no se utilizaron la totalidad de los productos en el procedimiento, se debe realizar la devolución de los mismos, para esto seleccionamos la existencia de cada producto que se va a recibir y se hace clic en el botón DEVOLVER.



0203010011	BOLSA PARA DRENAJE URINARIO (CYSTOFLO) 2000ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOPLAST S.A.	10010422	2027-04-30	4	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010238	SONDA FOLEY # 18 2 VIAS EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :GOLDEN CARE	190901051716	2024-08-31	10	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010242	LAPIZ PARA ELECTROCIRUGIA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :GOLDEN CARE	XR20220303	2025-03-31	9	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010321	HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO MEDICINAL EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	HU676	2023-05-31	2	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010332	TUBO DE SUCCION EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :BIOLIFE	10190722	2025-07-31	36	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010345	SONDA TORAX CALIBRE 32 (TUBO TORAX) EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :MEDEX	21S1800	2026-05-30	0	2		SIN EXISTENCIAS	0	0	-Cantidad-	2
0203010359	INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 15) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	DA1258	2025-10-31	9	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010360	INSTRUMENTOS QUIRURGICOS (HOJA DE BISTURY N. 20) DE CORTE EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :PARAMOUNT	EA0254	2026-01-31	90	2			0	0	-Cantidad- 1 2	2
0203010366	JERINGA HIPODERMICA 20CC CON O SIN AGUJA EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20211002	2026-10-31	36	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010367	JERINGA DESECHABLE 10ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA SAFE	20220207	2027-02-28	301	2			0	0	-Cantidad-	2
0203010433	VENDA DE YESO 3 X 5 EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :VITAMEDIC	1511	2023-09-30	0	1		SIN EXISTENCIAS	0	0	-Cantidad-	1
0203010520	JERINGA HIPODERMICA 5ML EMPAQUE INDIVIDUAL UNIDAD - LAB. :ALFA TRADING S.A.S	1268F5	2026-09-30	47	2			0	0	-Cantidad-	2

DESPACHAR DEVOLVER

SELECCION PAQUETE SELECCION PRODUCTO

Luego mostrará el mensaje confirmatorio y en la columna Cantidades Devueltas, las devoluciones que se han realizado.

DATOS DE LA CIRUGIA

PROGRAMACION	5074	FECHA	Jul 11 de 2022
PACIENTE	LUIS MICENO CAIPE CUARAN		
PROFESIONAL			
HORA INICIO	22:35	DURACION	01:01

Devoluciones Realizadas

IMPRIMIR DESPACHO

CODIGO	PRODUCTO	LOTE	FEC VENCIMIENTO	EXISTENCIAS	CANTIDADES DESPACHADAS		CANTIDAD A DESPACHAR	CANTIDADES DEVUELTAS	CANTIDADES SUMINISTRADAS	CANTIDAD A DEVOLVER	CANTIDAD A FACTURAR
0101010048	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML AMPOLLA 75MG/3ML AMPOLLA - LAB. :VITALIS S.A. C.I.	P220733	2024-03-31	89	2			2	0		0
0101010050	DEXAMETASONA FOSFATO 8MG/2ML AMPOLLA 8MG/2ML AMPOLLA - LAB. :VITALIS S.A. C.I.	P220782	2025-04-30	55	2			2	0		0
0101010051	BUPIROP 0.5% PESADO (BUPIVACAINA-DEXTROSA) AMPOLLA 0.5% AMPOLLA - LAB. :ROPSOHN LABORATORIOS LTDA.	20148	2024-03-31	1	1			1	0		0

7.13.5. Imprimir despacho

En esta opción se puede imprimir el despacho

DATOS DE LA CIRUGIA

PROGRAMACION	5074	FECHA	Jul 11 de 2022
PACIENTE	LUIS MICENO CAIPE CUARAN		
PROFESIONAL			
HORA INICIO	22:35	DURACION	01:01

IMPRIMIR DESPACHO

Haga clic en HTML

Se podrá visualizar toda la información sobre la canasta del paciente.

DESPACHOS Y DEVOLUCIONES DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LA CIRUGIA

CODIGO	PRODUCTO	LOTE	FEC VENCIMIENTO	EXISTENCIAS	CANTIDADES DESPACHADAS	CANTIDADES DEVUELTAS	CANTIDADES SUMINISTRADAS	CANTIDAD A FACTURAR
0101010019	ATROPINA SULFATO SOLUCION INYECTABLE 1 MG	21043891	2023-04-30	73	0	0	2	0
0101010020	BUPIVACAINA 0.5% SOLUCION INYECTABLE BUPIRON 0.5% SIMPLE	20132	2024-03-01	16	0	0	2	0
0101010026	BUPIVACAINA 0.5% SOLUCION INYECTABLE BUPIRON 0.5% PESADO	20033	2024-01-30	37	0	0	0	0
0101010041	CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9% 100ML	S122H86	2024-08-31	422	0	0	2	0
0101010043	CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9% 500ML	S822185	2024-09-30	1161	0	0	0	0
0101010054	DEXAMETASONA SOLUCION INYECTABLE 8MG	P221035	2025-04-30	70	0	0	2	0
0101010066	DICLOFENACO SOLUCION INYECTABLE 75MG/3ML	P221680	2024-06-30	180	0	0	2	0
0101010071	DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1G/2ML	P220319	2024-01-30	434	0	0	2	0
0101010152	ETILEFRINA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 0.1MG/ML EFFORTIL	K388TC22	2024-02-29	6	0	0	2	0
0101020023	CEFRADINA POLVO LIOFILIZADO ESTERIL 1G	0239322	2024-03-30	706	0	0	0	0
0101020094	TRAMADOL 100MG/2ML SOLUCION INYECTABLE	P222344	2024-08-30	148	0	0	2	0
0103050009	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE X 500 ML	S822HV1	2024-08-31	918	0	0	0	0
0201010022	PROLENE 2-0 CT1 REF 8423 T / GS-21 CF 423/ SG3662-75	AR8944	2027-02-27	19	0	0	2	0
0201010023	PROLENE 3-0 REF 8663T - SP9663/PR24*75CM/PR24*75CM	AT0111	2027-04-30	90	0	0	4	0
0201010060	VICRYL PLUS 1 CT-1 REF 347 / CL925 / SG3698-90			0	0	0	0	0
0201010066	VICRYL PLUS No2-0 CT-1 REF 339 / CL923/PSA G37*75CM 8680205T	2209503U	2027-03-24	6	0	0	2	0
0202010048	BISTURY 10	C11206	2024-08-30	87	0	0	0	0
0202010053	BISTURY 20	B40254	2026-01-30	244	0	0	2	0
0202010148	ELECTRODO ADULTO REF. 31090922	DFF968	2025-12-30	7	0	0	6	0
0202010183	GUANTES ESTERIL 7 X UND	203005794SPZA	2027-03-28	783	0	0	6	0
0202010186	GUANTES ESTERIL 7.5 X UND	S2147	2026-10-31	284	0	0	6	0
0202010187	GUANTES ESTERIL No 6 X UND	A5441	2023-10-20	21	0	0	6	0
0202010188	GUANTES ESTERILES 8 X UND	A4A441A	2024-10-21	13	0	0	6	0
0202010322	VENDA ALGODON 6X5			0	0	0	0	0
0202010327	VENDA DE YESO 6X3			0	0	0	0	0
0202010332	VENDA ELASTICA 6X5	A704420228	2027-04-28	33	0	0	0	0
0203010008	ABOCATH 18	20200805	2025-08-04	919	0	0	0	0
0203010015	AGUA RAQUIDEA 2ML	D2-673	2026-12-30	35	0	0	0	0
0203010042	BOLSA LINER 1800 CC			0	0	0	2	0
0203015333	CANULA NASAL OXIGENO ADULTO	10071221	2026-12-31	137	0	0	0	0
0203010140	CYSTOFLO 2000ML	K20200916	2025-09-15	38	0	0	0	0
0203010176	EQUIPO DE BOMBA DE INFUSION REF 8700110SP REF: MKM-ISP/A-1	20220320	2027-03-19	233	0	0	2	0
0203010182	EQUIPO MACROGOTEO	S218944	2023-10-30	8	0	0	2	0
0203010232	JERINGA 5CC			0	0	0	3	0
0203010234	JERINGA DESECHABLE 10CC	PO 10493	2027-03-21	400	0	0	6	0
0203010236	JERINGA DESECHABLE 20CC	20210912	2026-09-11	625	0	0	6	0
0203010260	LAPIZ ELECTROBISTURI	XR20220905	2025-05-05	201	0	0	2	0
0203010385	SONDA NELATON 14MM	4811731321	2025-11-30	23	0	0	0	0
0203010387	SONDA NELATON No 12	11117205-22	2026-04-30	186	0	0	0	0
0203010399	SONDA VESICAL FOLEY No 16			0	0	0	0	0

7.14. Modulo no PBS

Al ingresar al módulo MANEJO NO PBS

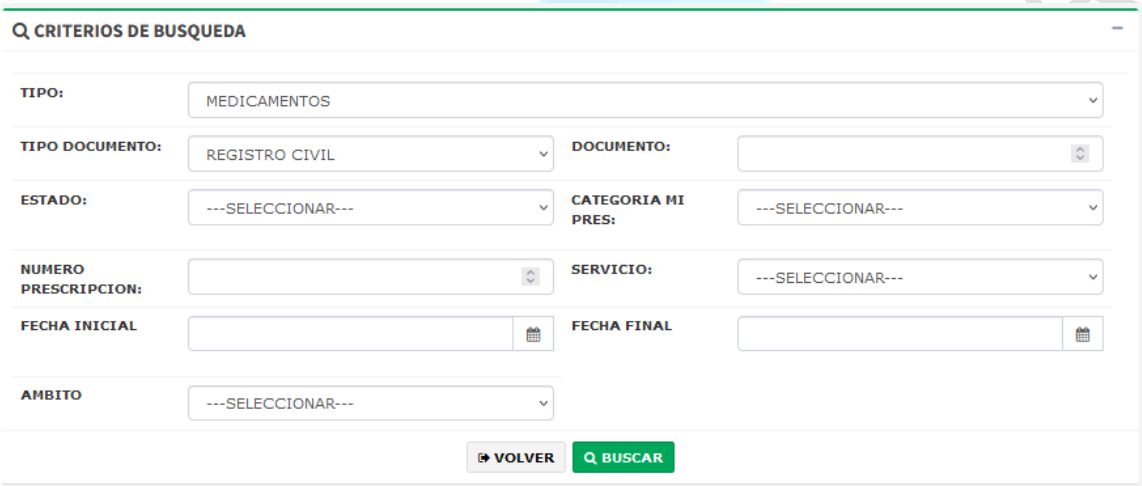
Se encontrarán 3 opciones

7.14.1. Consultar - medicamento no PBS

Al momento de ingresar al menú Consultar, se encontrará un filtro de búsqueda con los campos: tipo, tipo de documento, documento, estado, categoría MI PRES, número prescripción, servicio, fecha inicial, fecha final y ámbito

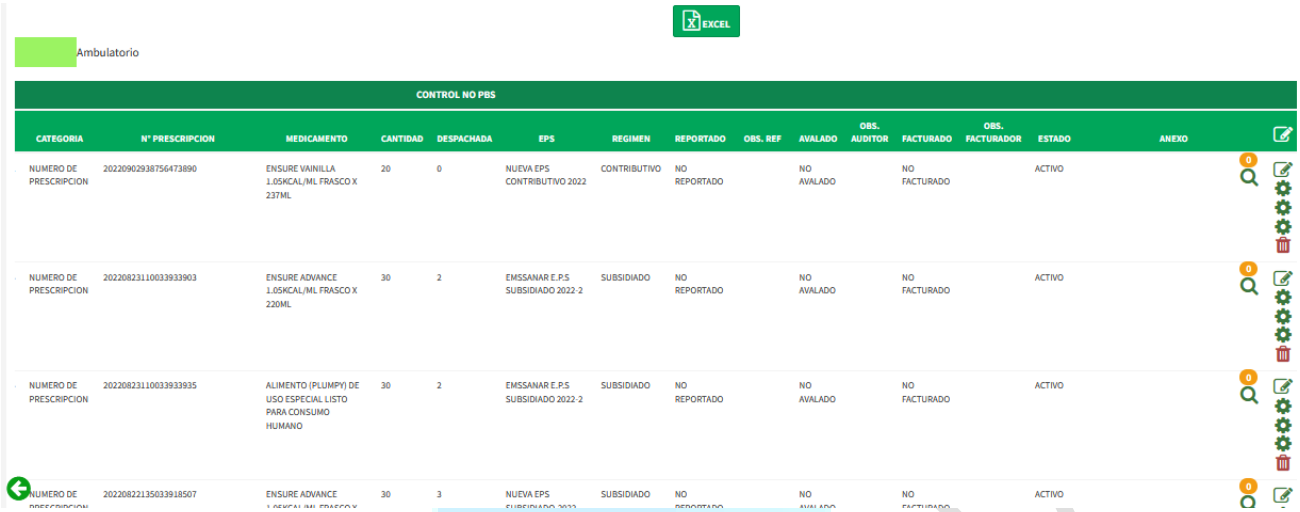
Para el filtro tenemos las opciones

Tipo: Medicamento o Procedimiento
Estado: no autorizado, autorizado, facturado, no facturado, avalado y anulado
Categoría MIPRES: formato de contingencia, junta y número de prescripción
Servicio: Toda la estación del Hospital de Alta Complejidad del Putumayo
Ámbito: Ambulatorio y Hospitalario



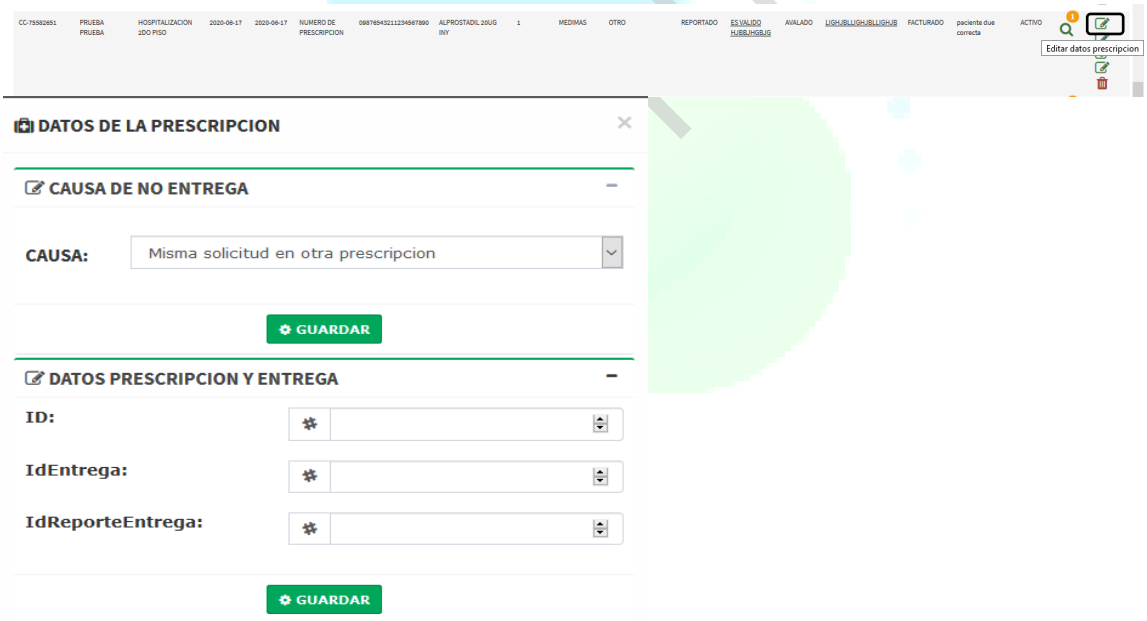
Despues de dar clic en BUSCAR, se despliega en la parte inferior una tabla donde aparecerán los pacientes que tienen cargados medicamentos o procedimientos NO PBS; en el listado se visualiza de color verde los ambulatorios. Al momento de seleccionar el paciente encontraremos 4 opciones de editar de acuerto al perfil, editar por facturacion, editar por auditor, editar por referencia y editar por prescripcion. También cuenta para archivo adjunto NO PBS, generado de MI PRES y el icono de eliminar

COPIA CONTROLADA



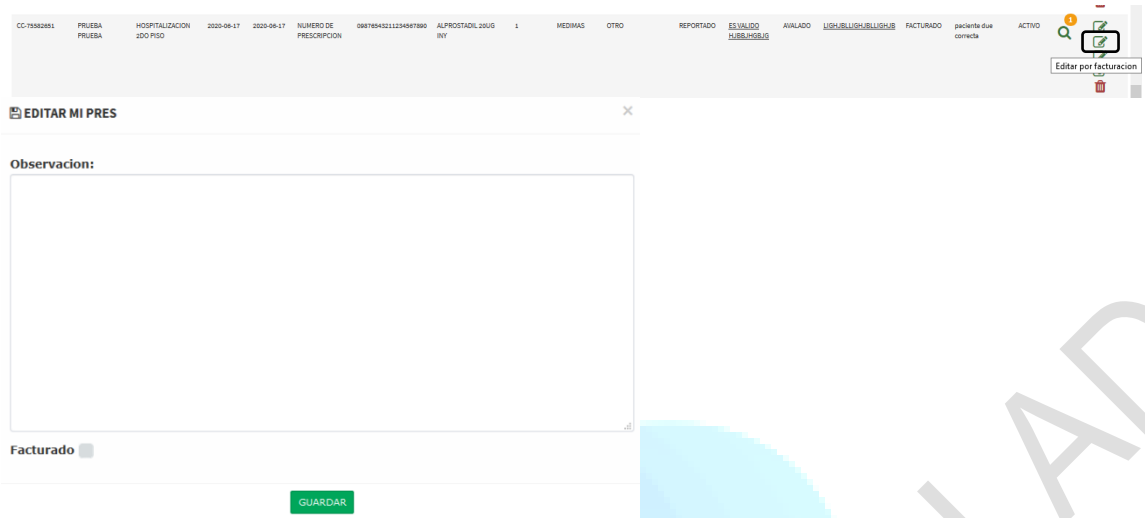
7.14.2. Editar por prescripción

Generamos un reporte donde justificamos la causa e ingresamos los datos prescripción y entrega ID, Id Entrega, IdReporteEntrega



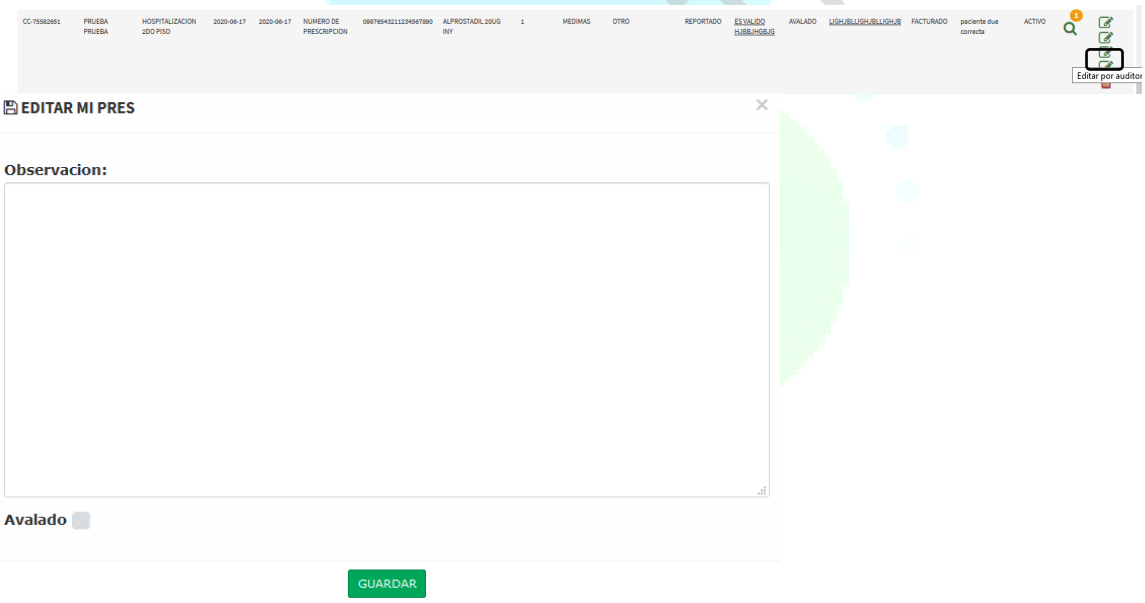
7.14.3. Editar por facturación

Con el aval de Referencia del número MIPRES y una vez el Auditor haya verificado que esté correcta la información, Facturación procede a darle el visto bueno y darle clic en Facturado



7.14.4. Editar por auditor

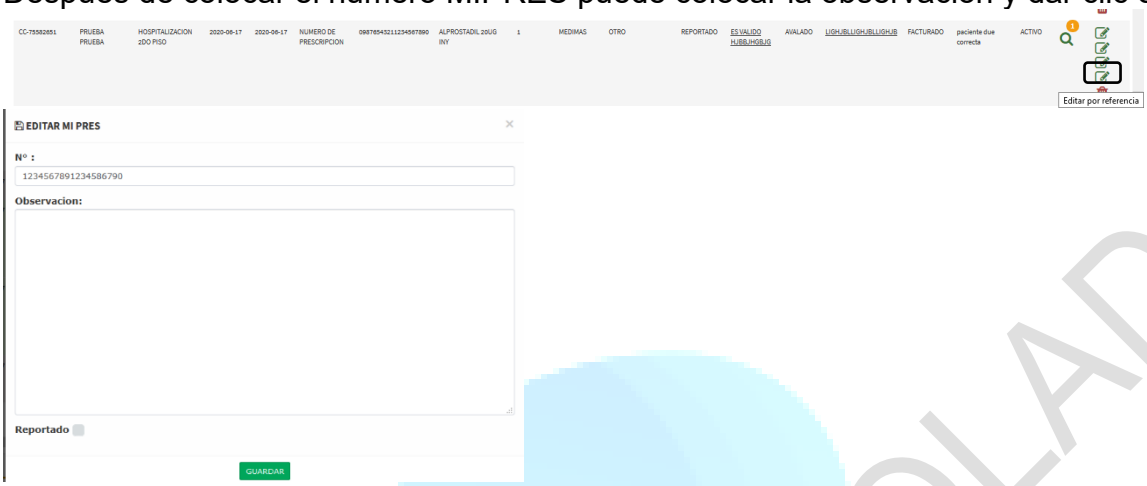
Es el encargado de auditar y da clic si es avalado si el número MIPRES coincide, también coloca el visto bueno u observación



7.14.5. Editar por referencia

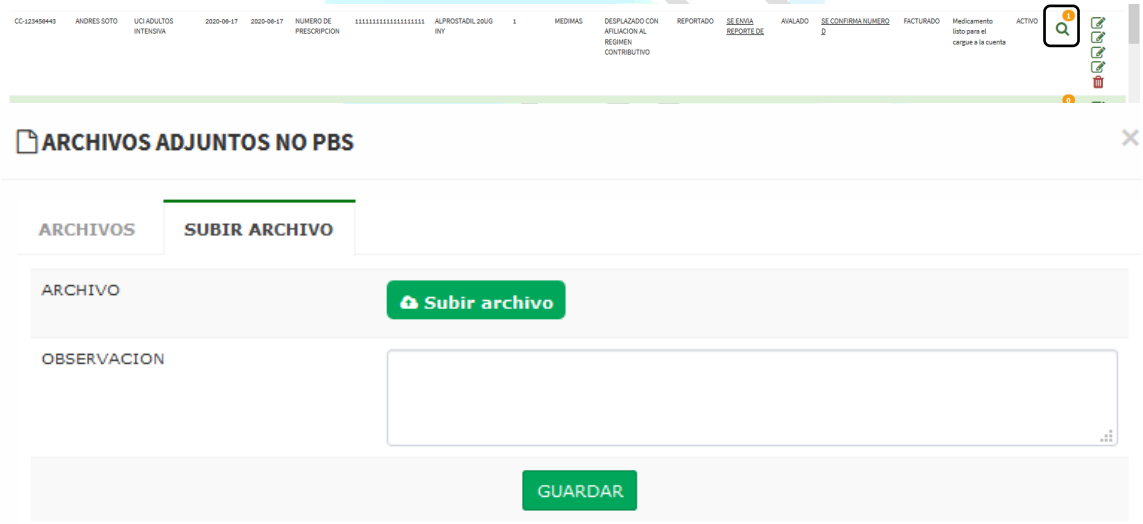
Se verifica si el número de MIPRES corresponde al paciente. El personal de Referencia, se encarga de mirar la página de MIPRES, también en los documentos de junta y formato de contingencia; solicita a la EPS la orden del medicamento con el documento generado por el médico o especialista, después que la EPS confirma con el numero MIPRES, Referencia se

encarga de modificar o agregar el número de 20 dígitos que no puede ser superior o inferior. Después de colocar el número MIPRES puede colocar la observación y dar clic en Reportado



7.14.6. Archivo adjunto no PBS

Cuando Referencia o Autorización recibe por correo, en físico o por la página web, el número MIPRES, proceden a adjuntar por el icono señalado



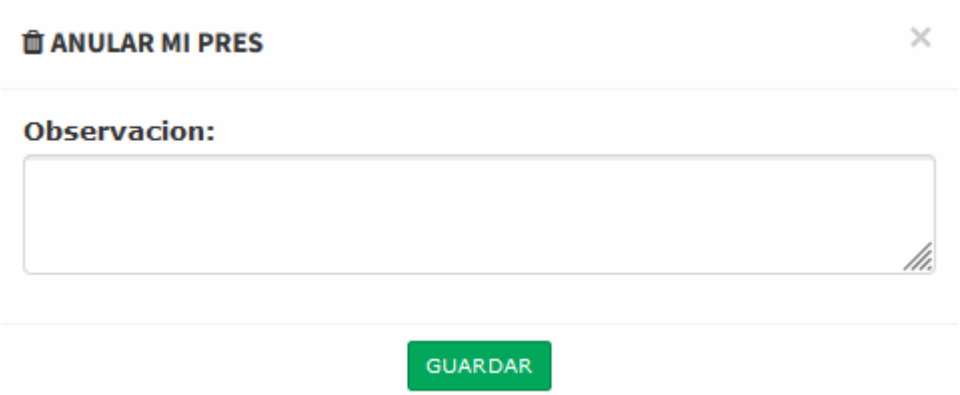
Después de adjuntar el archivo estarán las opciones de visualizar, enviar y eliminar

CONTROLADA

7.14.7. Eliminar

La opción de eliminar procede anular la cuenta

Se agregan las observaciones y se hace clic en GUARDAR.

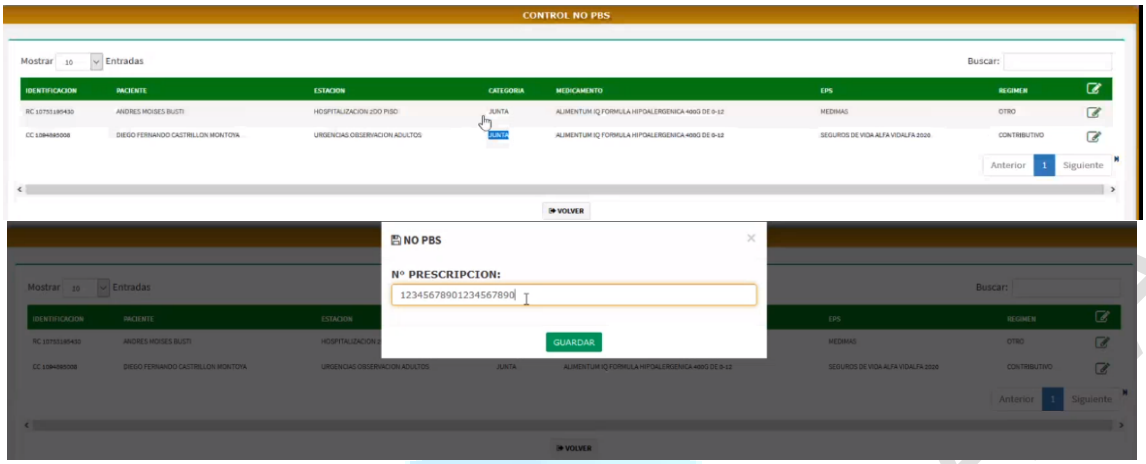


Después de anular el registro del paciente que presenta un medicamento NO PBS pasa a sombrear de color gris

7.14.8. No PBS - pendientes por prescripción

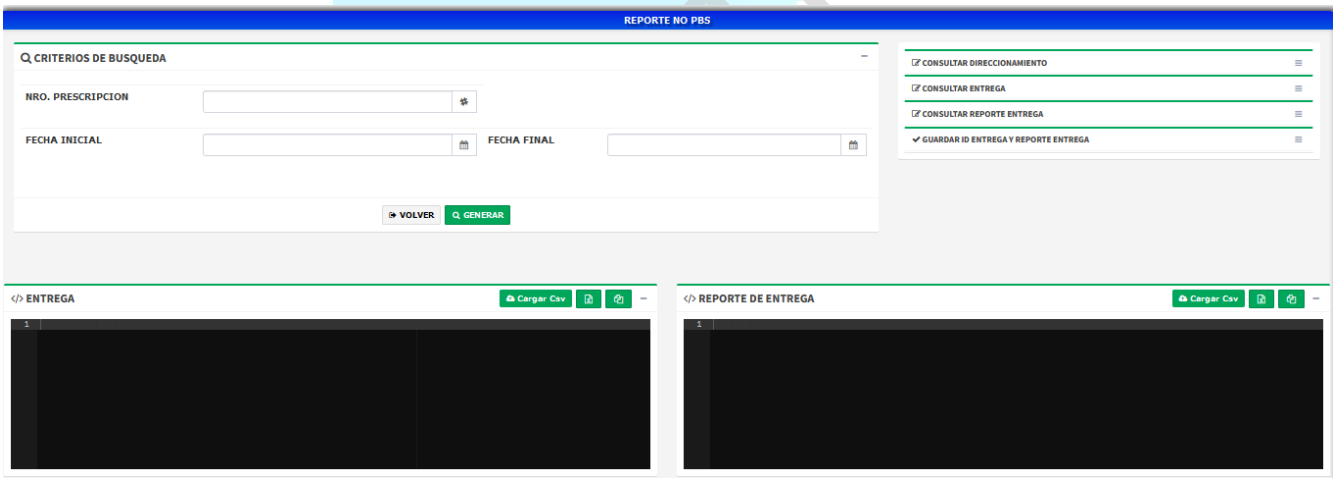
A farmacia dentro del despacho de un paciente le va a presentar un medicamento NO PBS, el auxiliar encargado de reclamar va a llevar la hoja impresa del documento MI PRES, la persona encargada realiza la confirmación del medicamento y la sección Control NO PBS y el área quien maneja el módulo MANEJO NO PBS realiza confirmación del número MI PRES

COPIA CONTROLADA



7.14.9. Reporte - no PBS

En el menú de reporte se puede generar y exportar en CSV o JSON donde el Ministerio solicita mensual para ser cargado a la página MIPRES.



8. BIBLIOGRAFIA

- MANUALES POR PERFIL DE UROSOFT, INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES CONSULTING SERVICES ZOMAC S.A.S

9. ANEXOS

No aplica.

CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	**Descripción del Cambio**	**Fecha de aprobación**
01	Creación del documento	02/05/2023

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: Aracellys Mejía Quevedo **Cargo:** Administradora de Sistemas Software	Nombre: Mónica Bibiana Martínez Macías Cargo: Directora Nacional de Calidad	**Nombre:** Sandra Milena Sánchez **Cargo:** Gerente

COPIA CONTROLADA