



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

Luis Alberto López Abadía

Primer Parcial

Medicina Interna

Dr. Erick Jair Domínguez Santiago

Medicina Humana

Quinto Semestre Grupo B

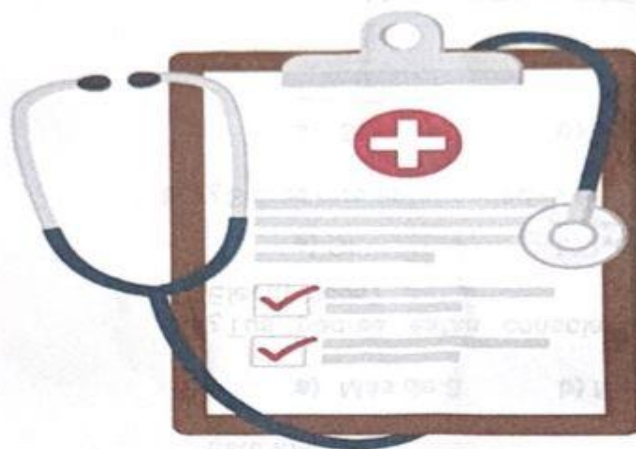


NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004- SSA3-2012 EXPEDIENTE CLINICO

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, óptico, magneto-óptico y de otras tecnologías mediante las cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente, además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

DEFINICION

Al conjunto único de información y datos personales de un paciente que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado.



OBJETIVO

Esta Norma establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.



CONCEPTOS

HISTORIA CLINICA

Deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular.

1. Ficha de identificación
2. Antecedentes heredo familiares
3. Antecedentes personales patológicos
4. Antecedentes personales no patológicos
5. Padecimiento actual
6. Interrogatorio por aparato, sistemas
7. Exploración física (hábitos externos, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales)
8. Resultados previos y actuales de estudio de laboratorio, gabinete entre otros.
9. Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
10. Diagnóstico(s) o problemas clínicos
11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

NOTAS MEDICAS DE URGENCIAS

Deberá elaborarla el médico y deberá contener:

1. Fecha y hora en que se otorga servicio
2. Signos vitales
3. Resumen de la atención
4. Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental
5. Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que haya solicitado
6. Diagnóstico o problemas clínicos
7. Tratamiento y pronóstico

NOTA DE EGRESO

Deberá elaborarla el médico

1. Fecha ingreso / egreso
2. Motivo de ingreso
3. Diagnóstico final
4. Resumen de la evolución y el estado actual
5. Manejo durante la estancia hospitalaria
6. Problemas clínicos pendientes
7. Plan de manejo y tratamiento
8. Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
9. Atención de factores de riesgo
10. Pronóstico
11. En caso de defunción, señalar la causa de la muerte.

NOTA DE EVOLUCION

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporcione atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

1. Evolución y actualización del cuadro clínico
2. Signos vitales
3. Resultados relevantes
4. Tratamiento
5. Diagnóstico o problemas clínicos
6. Pronóstico
7. Indicaciones médicas.

NOTA DE REFERENCIA / TRASLADO

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente.

1. Establecimiento que envía
2. Establecimiento receptor
3. Resumen clínico
- 3.1. Motivo de envío
- 3.2. Impresión diagnóstica
- 3.3. Terapéutica empleada, si la hubo.

NOTA PREOPERATORIA

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas

1. Fecha de la cirugía
2. Diagnóstico
3. Plan quirúrgico
4. Tipo de intervención quirúrgica
5. Riesgo quirúrgico
6. Cuidados y plan terapéutico preoperatorio
7. Pronóstico

NOTA PREANESTESICA

Deberá elaborarla el especialista (anestesiólogo)

1. Evaluación clínica del paciente
2. Tipo de anestesia
3. Riesgos anestésicos
4. Inicio

NOTA POSTANESTESICA

Misma indicación que preanestesia

1. Fin de la anestesia
2. Medicamentos utilizados
3. Duración de la anestesia
4. Incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia
5. Cuidados de soporte o soporte aplicado
6. Estado clínico del enfermo en su egreso de quirófano
7. Plan manejo y tratamiento inmediato

NOTA DE INTERCONSULTA

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará sustentada en el expediente clínico.

1. Criterios diagnósticos
2. Plan de estudio
3. Sugerencias diagnósticas y terapéuticas
4. Signos vitales
5. Resumen
6. Pronóstico

NOTAS MEDICAS EN HOSPITALIZACION

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener:

1. Ingreso
- 1.1. Signos vitales
- 1.2. Resumen de interrogatorio
- 1.3. Resultado de estudio
- 1.4. Tratamiento y pronóstico
2. Historia clínica
3. Nota de evolución
4. Nota de referencia
5. Nota preoperatoria
6. Nota preanestésica
7. Nota postanestésica
8. Nota de egreso

NOTA POSTOPERATORIA

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía. Constituye en un resumen de la operación.

1. Diagnóstico preoperatorio
2. Operación planeada
3. Operación realizada
4. Diagnóstico postoperatorio
5. Descripción de la técnica quirúrgica
6. Hallazgos intraoperatorios
7. Reporte del conteo de gases, compresas y de instrumentos quirúrgicos
8. Incidentes y accidentes
9. Certificación de sangrado si lo hubo en su caso
10. Estudios de servicio auxiliares de diagnóstico y tratamiento
11. Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y cirujano
12. Estado post-quirúrgico inmediato
13. Plan de manejo y tratamiento de inmediato
14. Pronóstico
15. Envío de piezas o fragmentos quirúrgicos
16. Otros hallazgos de importancia para el caso
17. Nombre completo y firma