


Aprobado	Revisado	Elaborado
Septiembre 2023	Junio 2023	Mayo 2010
 <p>Dra. Midori Sawada T. Directora Hospital San Juan de Dios – CDT.</p>	<p>EU. Catherine Navarrete. Jefe CC Procedimientos Endoscópicos.</p> <p>EU. Ruth Gutiérrez Z. Jefe CC Cuidados Ambulatorias.</p> <p>EU. Susan Bravo C. CR Cuidados Hemato Oncológicos.</p> <p>Paulina Alarcón H. Enfermera Coordinadora de Gastroenterología</p> <p>EU. Paulina Lecaros C. CC. Cardiología</p> <p>Dr. Yandri Pico B. Unidad de Calidad, Seguridad del Paciente y Control de IAAS.</p> <p>EU. Miriam González B. Unidad de Calidad, Seguridad del Paciente y Control de IAAS.</p>	<p>EU. Catherine Larenas B. Jefe CR Cuidados Ambulatorios.</p>
Rs. Exenta N° 9733 del 06 Septiembre 2023		

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 2 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

### 1. Objetivos:

- Contar con un documento institucional que describe los tipos de informes que son entregados al paciente por escrito con información relevante de las prestaciones realizadas.
- Describir los contenidos mínimos de los informes que se entregaran al paciente al alta de tratamiento de quimioterapia y al término de procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios.
- Describir el procedimiento de entrega de informes e indicaciones de seguimiento posterior al procedimiento en atención ambulatoria, procedimientos endoscópicos y en cuidados Hemato-Oncológico ambulatorio.

### 2. Alcance:


Este documento está dirigido a todos los funcionarios de Policlínicos de atención ambulatoria que realizan procedimientos y realizan entrega de informes escritos con la información relevante de las prestaciones realizadas e indicaciones de seguimiento.

### 3. Responsabilidades:

Responsables	Actividades
Médico tratante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar informe de prestaciones médicas.</li> <li>• Entregar verbalmente las indicaciones al paciente.</li> </ul>
Enfermeras/os Jefe de CR/CC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y difundir protocolo.</li> <li>• Evaluar cumplimiento del protocolo en su CC/CR.</li> </ul>
Enfermera/o clínico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar informe de prestaciones realizadas entregado al término de la atención.</li> <li>• Coordinar la entrega de informes de prestaciones realizadas al término de la atención del paciente.</li> <li>• Archivar copia de informe entregado al paciente según corresponda.</li> <li>• Registrar la entrega de documentación en registro según corresponda.</li> </ul>

### 4. Definiciones:

**4.1 Informe de prestaciones médicas:** Corresponde a un informe Médico con la descripción del procedimiento realizado al paciente, junto a la conclusión diagnóstica.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 3 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

4.2 Informe de prestaciones realizadas entregado al alta: Documento entregado en Policlínicos/ Unidades de atención ambulatoria que describe la prestación otorgada al paciente junto con la información mínima señalada en la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes. En la atención Ambulatoria se entrega: Informe de alta procedimientos endoscópicos, Carnet de alta Quimioterapia Ambulatoria y Hoja de Alta de Procedimientos Ambulatorios invasivos.

## 5. Desarrollo:

### 5.1 Consideraciones generales en la entrega de la información:


- Se permitirá el uso de formatos en papel y digitales para la confección de informes al término del procedimiento y/o altas de pacientes, sin embargo, el paciente siempre recibirá un documento en formato papel.
- Al entregar el informe de alta al paciente siempre se debe reforzar las indicaciones de seguimiento y aclarar todas las dudas necesarias.
- El tipo de informe a entregar dependerá del tipo de prestación realizada.
- Los documentos a entregar al paciente son llenados por el médico y en algunos Policlínicos por profesional de enfermería, cada documento posee datos mínimos de llenado que se describen en este protocolo.

### 5.2 Tipos de informes, contenidos mínimos de llenado de los informes y procedimiento de entrega de documentos e información al paciente:

#### *5.2.1 Procedimientos Endoscópicos:*

Estos incluyen procedimientos realizados en Policlínico de Broncopulmonar, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Urología y Cardiología


<p><b>Tipos de Informes:</b></p> <p>En pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de prestaciones médicas según especialidad (Anexo 1- 8).</li> <li>• Informe de Atención de Enfermería de: Procedimientos Endoscópicos Gastroenterología (anexo 9), Fibrobroncoscopía (anexo 10), Nasofibroscofia (anexo 11), Urología (Anexo 12- 15), Ecotransesofágico (Anexo 16).</li> </ul>
<p><b>Contenidos mínimos de llenado de informe Médico:</b></p>

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 4 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

Informe de prestaciones médicas según especialidad	
Información del paciente	
Nombre del paciente	Nombre y apellidos
Edad	Autoexplicativo
Rut	Autoexplicativo
Procedencia	Policlínico, unidad y lugar de donde fue derivado el paciente.
<u>Diagnóstico</u>	Diagnóstico clínico del paciente
Información del procedimiento	
Fecha	Se registra la fecha del procedimiento realizado.
<u>Procedimiento realizado</u>	Se debe registrar el procedimiento realizado al paciente.
Médico responsable	Nombre y rut del Médico que realizó el procedimiento.
Biopsia	Se deberá registrar si se realizó toma de muestra para biopsia durante el procedimiento (si corresponde).
Test de Ureasa	Se debe registrar si se realizó test de Ureasa durante el procedimiento (si corresponde).
Conclusiones	Conclusiones y/o observaciones encontradas durante el procedimiento.
<u>Indicaciones</u>	Se describen las indicaciones de seguimiento más relevantes para el paciente, dependiendo si el procedimiento se realizó con o sin sedación.

**Contenidos mínimos de llenado de Informe de Atención de Enfermería de Procedimientos Endoscópicos Gastroenterología, Fibrobroncoscopia, Urología y Nasofibroscopia:**

Informe de Atención de Enfermería	
Información del paciente	
Nombre del paciente	Nombre y apellidos.
Rut	Autoexplicativo, si no tiene rut colocar número de Ficha y/o número de pasaporte.
Fecha	Se registra la fecha del procedimiento realizado.
Procedencia	Policlínico, unidad y lugar de donde fue derivado el paciente.
Médico Responsable	Nombre y rut del Médico que realizó el procedimiento.
Asistente	Nombre del funcionario que asiste el procedimiento.
Enfermera	Nombre del profesional de enfermería que participo en el procedimiento.
Equipo	Equipo endoscópico utilizado ejemplo: GIF 160.
Control de Signos vitales	
Hora	Hora de control de signos vitales.
PA, Pulso y Sat O2	Registrar Control de parámetros.
Observaciones	Registrar cualquier situación especial en relación a los parámetros hemodinámicos.
Medicamentos Administrados	
Medicamento	Nombre del medicamento.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 5 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028


Vía	Vía de administración.
Dosis	Dosis administrada.
Observaciones	Registrar cualquier situación especial en relación a la administración de medicamentos.
Instalación de Vía Venosa	Registrar SI o NO, si es SI, mencionar N° de VVP.
Observaciones	Registrar observaciones encontradas durante el procedimiento.
Indicaciones	Se describen las indicaciones de seguimiento más relevantes para el paciente.
Nombre y Firma del responsable	Nombre y firma del profesional que entrega informe de alta.

**Procedimiento de entrega de informes e indicaciones de seguimiento al paciente:**

Una vez concluida la atención, el Médico tratante realizará el llene de información de prestaciones médicas, en documento que realizado con letra clara y lápiz tinta indeleble o en realizado en computador, documento que describe los resultados más relevantes de su procedimiento, se entregará una copia al paciente y la otra quedará en la unidad de procedimientos endoscópicos para adjuntar en Ficha Clínica.


**Informe de Atención de Enfermería:**

- En Procedimientos Endoscópicos, el personal de Enfermería completa el documento "Informe de Atención de Enfermería según el procedimiento endoscópico realizado, a este documento se le adjunta el Informe médico.
- El documento de prestación médica será llenado por el profesional médico que efectuó el procedimiento y el documento de informe de alta por el personal de Enfermería. Ambos documentos serán entregados por el personal de enfermería Procedimientos Endoscópicos, entregando el original al paciente.
- Quedará una copia del "Informe de Atención de Enfermería" de la Unidad respectiva, el cual servirá de respaldo para realizar la evaluación del indicador.

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 6 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028


### 5.2.2 Policlínico Hemato-Oncológico:

<b>Tipo de Informe:</b>	
Carnet de alta cuando se terminan todos los ciclos de quimioterapia indicados por el Médico tratante (Anexo 17).	
<b>Contenidos mínimos de llenado de Carnet de Alta:</b>	
<b>Datos del paciente</b>	
Nombre	Primer apellido, segundo apellido y nombres.
Rut	Autoexplicativo.
Diagnóstico	Se describe el diagnóstico principal que genera la atención.
Médico tratante	Identificación del médico que realiza la atención.
Fecha	Se deberá describir la fecha de atención.
<b>Esquemas Recibidos</b>	
Esquema	Descripción del esquema de tratamiento de la paciente.
Ciclos	Se deberá describir el número de ciclos y sus tratamientos recibidos en cada uno de ellos.
Otros ciclos	En caso de que el paciente reciba ciclos especiales o fuera de lo convencional, este deberá quedar descrito en este punto del documento.
Vía de administración	Se deberá describir la vía de administración de los medicamentos administrados en los ciclos de atención (VVP, Intramuscular, PICC, reservorio o intratecal).
<b>Condiciones al alta</b>	
Condiciones al alta	Se deberá describir las condiciones en que se encuentra la paciente, como son signos vitales, estado de conciencia y estado de dispositivos instalados.
<b>Educación al alta</b>	
Educación e indicaciones	Se deberá realizar educación sobre las indicaciones especiales de medicamentos, fecha de mantención de dispositivos invasivos.
<b>Procedimiento de entrega de informes e indicaciones de seguimiento al paciente:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>En la Unidad de Quimioterapia existen dos instancias de entrega de información al paciente durante su proceso de atención: Al final de un procedimiento y al final de la terapia.</li> <li>Para efectos de este proceso se definirá al Informe de prestaciones entregadas al final de la terapia como informe de prestaciones al alta de esta Unidad. Este se realiza a través de la entrega de un carnet, cuyo responsable del llenado y entregado al paciente es la Enfermera/o que da el alta al paciente de la Unidad, en el que se describen los aspectos más importantes de su atención recibida.</li> </ul> <p>En procedimientos de Quimioterapia, cada paciente cuenta con un cuaderno o libreta mientras se encuentra en tratamiento. Cuando termina los ciclos de Quimioterapia indicados por su Médico tratante, la Enfermera/o encargada efectúa el llene de un carnet de alta, dejando registro de este en libro de alta y en ficha de quimioterapia que se encuentra en la Unidad (prestación específica), como respaldo una vez terminado todos los ciclos indicados por su Médico.</p>	

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 7 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

### 5.2.3 Policlínicos de atención ambulatoria:

<b>Tipo de Informe:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de alta de procedimientos ambulatorios (Talonario 3 copias) (Anexo 18).</li> <li>• Hoja de indicaciones específicas de Punción Lumbar (Policlínico de Neurología) (Anexo 19).</li> </ul>	
<b>Contenidos mínimos de llenado de:</b>	
<b>Hoja de alta procedimientos ambulatorios:</b>	
Policlínico	Identificación del policlínico donde se realiza el procedimiento.
Nombre del paciente	Nombre y apellidos.
Rut	Autoexplicativo.
Diagnóstico	Se describe el diagnóstico principal que genera la atención.
Procedimiento Realizado	Nombre del procedimiento al cual el paciente fue sometido.
Fecha Procedimiento	Fecha en que se realiza el procedimiento.
Hora de alta	Hora de término de la atención.
Médico Responsable del procedimiento	Identificación del médico que realiza la atención.
<b>Información de los cuidados al alta (Indicaciones)</b>	
Tipo de reposo	Descripción del tipo de reposo que debe realizar el paciente en su domicilio (Absoluto o Relativo).
Régimen	Se deberá describir el tipo de régimen alimentario que deberá seguir el paciente en su domicilio (Líquido, liviano, normal u otro).
Observaciones	Se deberán describir en este punto aquellas indicaciones específicas propias del procedimiento que no estén consideradas en los otros puntos, por ejemplo: suspender actividad física, otros.
Posibles Complicaciones y lugar de derivación	Deberán quedar consignadas las posibles complicaciones de acuerdo a procedimiento realizado, y lugar de consulta de acuerdo a la complejidad (Urgencia, Unidad u otro).
En caso de Dolor	Se deberá describir el tratamiento y/o medidas indicadas en caso de dolor.
Nombre persona que otorga el alta	Nombre y firma del responsable de la entrega.
<b>Procedimiento de entrega de informes e indicaciones de seguimiento al paciente:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La hoja de alta de procedimientos ambulatorios es llenado por el profesional Médico que efectuó el procedimiento junto con la entrega de indicaciones verbales al paciente, posteriormente la Enfermera/o entregara Hoja de alta original al paciente, una copia quedara en Ficha clínica y otra quedara en la Unidad respectiva, el cual servirá de respaldo para realizar la evaluación del indicador.</li> <li>• La Enfermera/o además debe reforzar indicaciones entregadas por el médico y aclarar dudas.</li> <li>• En el caso del Policlínico de Neurología se entregara además una hoja con indicaciones específicas de Punción Lumbar.</li> </ul>	

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 8 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**6. Flujogramas:** N/A.

**7. Indicador y Método de evaluación:**

Ver documento "Indicadores de Calidad Hospital San Juan de Dios - CDT".

**8. Distribución del documento:**


- 8.1 Dirección.
- 8.2 Subdirección Médica.
- 8.3 CR. Atención Ambulatoria.
- 8.3 Subdirección de Enfermería.
- 8.4 CR Cuidados Ambulatorios.
- 8.5 CR Cuidados Hemato-oncológicos.
- 8.6 CC. Cuidados Ambulatorios.
- 8.7 CC. Procedimientos Endoscópicos.
- 8.8 CC. Cardiología.
- 8.9 Unidad de Calidad, Seguridad del Paciente y control de IAAS.

**9. Referencias bibliográficas:** N/A.

**10. Anexos:**


- 10.1 Informe de Panendoscopia Oral.
- 10.2 Informe de Videocolonoscopía.
- 10.3 Informe Instalación Gastrostomía Endoscópica.
- 10.4 Informe Fibrobroncoscopía.
- 10.5 Informe Médico Biopsia de Próstata. Policlínico de Urología.
- 10.6 Informe Urodinamia. Policlínico de Urología.
- 10.7 Informe Nasofibroscopía.
- 10.8 Informe Eco Transesofágico
- 10.9 Informe de Atención de Enfermería según especialidad procedimientos endoscópicos.
- 10.10 Informe Enfermería Policlínico Broncopulmonar.
- 10.11 Informe de Atención de Enfermería Nasofibroscopías.
- 10.12 Informe de Enfermería Biopsia de Próstata. Policlínico de Urología.
- 10.13 Informe Procedimientos de Enfermería. Policlínico de Urología.
- 10.14 Carnet Dilatación Uretral. Policlínico de Urología.
- 10.15 Carnet Administración de BCG. Policlínico de Urología.



 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente</b> "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p align="center"><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 9 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

- 10.16 Tríptico educativo de enfermería pre y post procedimiento: Ecocardiograma Transesofágico.
- 10.17 Documento de Alta Quimioterapia Ambulatoria.
- 10.18 Documento Hoja de alta de procedimientos ambulatorios.
- 10.19 Hoja de indicaciones específicas de Punción Lumbar (Policlínico de Neurología).

**Anexo 1:** Informe de Panendoscopia Oral.



### Panendoscopia

<b>Paciente:</b> NN NN	<b>Fecha:</b> 30/06/2023	<b>Informe N°:</b> 3015
<b>Género:</b> Femenino <b>Edad:</b> 2	<b>Equipo:</b>	
<b>Solicitante:</b> Ambulatorio		

---

**Premedicación:**

.

**Esófago:**

.

**Estómago:**

.

**Duodeno:**

.

**Test de Ureasa:**

.

**BIOPSIAS:**

.


**CONCLUSIÓN:**

.


**INDICACIONES POST ENDOSCOPIA:**

.

Médico

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 10 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 2:** Informe de Videocolonoscopia.



**Colonoscopia**

Paciente: NN NN      Fecha: 30/06/2023      Informe N°: 3016  
Género: Femenino      Edad: 2      Equipo:      Plan de Sal FONASA

---

**HISTORIAL CLINICO:**  
.

**PREMEDICACION:**  
.

**INSPECCIÓN Y TACTO:**  
.

**BOSTON:**  
.

**TIEMPO DE RETIRO:**  
.

**COLONOSCOPIA:**  
.

**BIOPSIA:**  
Sí


**CONCLUSIÓN:**  
.

**INDICACIONES POST COLONOSCOPIA:**  
.


Médico

Digitalizar

Doc

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 11 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 3:** Informe Instalación Gastrostomía Endoscópica.



**Panendoscopia**

Paciente: NN NN      Fecha: 30/06/2023      Informe N°: 3017  
 Género: Femenino      Edad: 2      Equipo:  
 Solicitante: HOSPITALIZADO

---

**Premedicación:**  
.

**Esófago:**  
.

**Estómago:**  
.

**Duodeno:**  
.

**Test de Ureasa:**  
.

**BIOPSIAS:**  
.

**CONCLUSIÓN:**  
.

**INDICACIONES POST ENDOSCOPIA:**

**Indicaciones:**

No realizar curación de gastrostomía en 24 hrs.  
 Régimen cero por 4 hrs  
 Luego administrar SOL. GLUCOSADA 5% 500ccs lento por sonda de gastrostomía.  
 Mantener en posición decúbite supino con elevación 30°  
 Observar dolor abdominal o vómitos, si nos los presenta, iniciar nutrición enteral según indicación nutricional al 50% de flujo habitual y al día siguiente alcanzar el 100% de dosis.  
 Proteger de tracción accidental o por el propio paciente.

**Médico**

<p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 12 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 4:** Informe Fibrobroncoscopía.



**Hospital San Juan de Dios**

Fecha: Hora:

Nombre:

Edad: Rut:

Dirección: Teléfono:

**INFORME FIBROBRONCSCOPIA**

**Procedencia del Paciente:**

**Indicación de la Fibrobroncoscopia:**

Preparación:

**Lavado Bronquial:**

**Lavado Bronquioalveolar:**


**Descripción Endoscópica:**


**Tolerancia:**

**Complicaciones:**

**Conclusión Endoscópica:**

**Médico:**

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 13 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028



## Registro Clínico Ambulatorio - Broncopulmonar

Fecha de Registro: 06-06-2023 13:23

---

### Datos Paciente

<b>Run</b>	<b>Ficha</b>	<b>Nombre paciente</b>	<b>Dirección</b>
			AV PINTO PARCELA 24 EL MONTE
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Previsión</b>	<b>Comuna</b>
		FONASA	EL MONTE
<b>Estado consulta</b>	<b>Seguimiento de atención</b>		
Atendido	Alta especialidad		
<b>Tipo alta especialidad</b>	<b>Fecha alta especialidad</b>		
Otra Especialidad	06-06-2023 13:26:33		

---

### Registro Fibrobroncoscopía

#### 1.- Informe Fibrobroncoscopia

<b>Procedencia del Paciente</b>	<b>Indicación Fibrobroncoscopia</b>
S. MEDICINA MUJERES	Neumonía

#### 2.- Preparación

<b>Sedante</b>	<b>Broncodilatador</b>
Otro	

#### 3.- Realización


<b>Lavado Bronquial</b>	<b>Lavado Bronquialveolar</b>	<b>Biopsia Bronquial</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacterológico Corriente</li> <li>• Hongos</li> <li>• Koch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacterológico Cuantitativo</li> <li>• Bacterológico Anaerobios</li> <li>• Koch LBA</li> <li>• Recuento y Fórmula Células</li> <li>• Hongos LBA</li> </ul>	No Especificado

**Otros/Observaciones**

**Descripción Endoscópica**  
Se ingresa por vía orobucal Se aprecia epiglotis de aspecto normal , cuerdas vocales móviles de aspecto normal Traquea distal sin lesión Carina principal fina ABD sin lesión endoluminal visible ABI sin lesión endoluminal visible

<b>Tolerancia</b>	<b>Complicaciones</b>
Buena	No

**Conclusión Endoscópica**  
sin hallazgos patológicos

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 14 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 5:** Informe Médico Biopsia de Próstata. Policlínico de Urología

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
SERVICIO DE UROLOGIA

**BIOPSIA TRANSRECTAL DE PROSTATA**


FECHA	
NOMBRE	
RUT	
EDAD	
INDICACION	
PREPARACION	
GASTROINTESTINAL	
ANTIBIÓTICO	
CONSENTIMIENTO INFORMADO APE	
TACTO RECTAL	
BIOPSIA	
INDICACIONES	

NOMBRE DE MEDICO


EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA COMPLICACIÓN (FIEBRE ALTA, DOLOR INTENSO, SANGRADO IMPORTANTE O INCAPACIDAD PARA ORINAR, ETC.), COMUNICARSE AL 225742160, 225741990 O EN HORARIO HABIL AL 225742282 O DIRIGIRSE AL CUARTO PISO (UROLOGÍA) O SERVICIO DE URGENCIAS.


Documento Ins

NO Modificar


 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 15 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 6:** Informe Urodinamia. Policlínico de Urología

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Occidente Hospital San Juan de Dios Servicio de Urología</p>	
<u>INFORME URODINAMIA</u>	
<p><b>NOMBRE PACIENTE:</b> <b>EDAD:</b> <b>RUT:</b> <b>MÉDICO TRATANTE:</b></p>	
<b>DIAGNÓSTICO / MOTIVO DE SOLICITUD</b>	
<b>UROFLUJOMETRÍA NO INVASIVA</b>	
<b>CISTOMETRÍA DE LLENADO</b>	
<b>ESTUDIO FLUJO/PRESIÓN</b>	
<b>COMENTARIO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante la fase de llenado</li> <li>- Durante la fase de micción</li> </ul>	
<p>Dr. RUT: Médico cirujano - Urólogo</p>	
<p>Santiago, (Fecha)</p>	

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 16 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 7: Informe Nasofibroscofia.**




Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital San Juan de Dios

## NASOFIBROSCOPIA

Nombre	Apellidos	Edad
RUT	Ficha	Fecha
Motivo de Consulta		
NARIZ		RINOFARINGE
Mucosa		
Cornetes		
Tabique		
Meatos		
Coanas		
OROFARINGE		HIPOFARINGE
LARINGE		PRUEBA DE DEGLUCIÓN TELELARINGOSCOPIA / ESTROBOSCOPIA
Indicaciones		
DIAGNÓSTICO		
Médico		
Servicio de Otorrinolaringología Hospital San Juan de Dios		



 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 17 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 8: Informe Eco Transesofágico**

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

**CARDIOLOGIA**

---

Name [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]  
 RUT [REDACTED]  
 Sex Masculino  
 ALTURA [REDACTED] cm  
 PESO [REDACTED] kg  
 IMC [REDACTED] m<sup>2</sup>  
 PA [REDACTED]  
 Edad [REDACTED]  
 Fecha [REDACTED]

---

<b>2D</b>		<b>M-Mode</b>		<b>Doppler</b>	
SIVd	1.0 cm	Diam Ao	3.1 cm	Vel. E VM	0.62 m/s
DVID	4.0 cm	Diam AI	3.1 cm	Tdesacel VM	236 ms
VfinD(Teich)	70 ml	AI/Ao	1.02	Pend. Desacel VM	2.6 m/s <sup>2</sup>
PPVID	1.0 cm	TAPSE	2.1 cm	Vel. A VM	0.57 m/s
Masa Vid	140.18 g			Índice E/A VM	1.09
Índice Masa Vid	81.98 g/m <sup>2</sup>			VM TMP	69 ms
Masa Vid (ASE)	123.62 g			AVM	3.2 cm <sup>2</sup>
DVIs	2.4 cm			Vmax VA	1.11 m/s
VfinS(Teich)	21 ml			VA GPmáx	4.93 mmHg
FE(Teich)	70 %			Vmax VP	0.77 m/s
%FA	39 %			VP GPmáx	2.39 mmHg
VL(Teich)	49 ml				
IL(Teich)	28.41 ml/m <sup>2</sup>				
VCI	12.02 mm				
Area AI	10.2 cm <sup>2</sup>				

---

**DESCRIPCION**

Estudio realizado en ritmo sinusal. Raíz de aorta, aorta ascendente y arco aórtico de tamaño y aspecto normal.

Valvula aortica de tres velos, finos, abren bien, sin gradiente patológico. Reflujo ausente.

Auricula izquierda de tamaño normal.

Ventriculo izquierdo con grosor de sus paredes y diámetros internos normal. Motilidad global y segmentaria normal. Fracción de eyección estimada en 70 %.

Función diastolica normal. Relación E/E' normal.

Valvula mitral de velos finos, abren bien. Reflujo trivial.

Auricula derecha de tamaño normal.


Ventriculo derecho de tamaño normal. TAPSE 21 mm. Reflujo tricuspideo leve.

Velocidad en arteria pulmonar normal.

No encuentro cortocircuitos, trombos ni masas.


Vena cava inferior con diametro y oscilación respiratoria normal. Pericardio normal.

**CONCLUSION:**

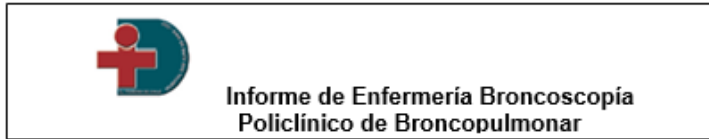
 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 18 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 9:** Informe de Atención de Enfermería según especialidad procedimientos endoscópicos.

Informe de Atención de Enfermería Procedimientos Endoscópicos Policlínico Gastroenterología																		
<p>Nombre paciente: _____ Rut: _____</p> <p>Fecha: _____ Procedencia: _____ Diagnóstico: _____</p> <p>Antecedentes Médicos: _____</p> <p>Médico Responsable: _____ Asistente: _____ Procedimiento: _____</p> <p>Enfermera: _____ Hora Procedimiento: _____ Equipo: _____</p>																		
<p><b>Procedimiento Realizado:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dilatación esofágica</td> <td><input type="checkbox"/> Inyectoterapia polidocanol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dilatación ano-rectal</td> <td><input type="checkbox"/> Inyectoterapia adrenalina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Instalación gastrostomía</td> <td><input type="checkbox"/> Inyectoterapia cianocrilato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Instalación de clips hemostasia</td> <td><input type="checkbox"/> Argón plasma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Polipectomía</td> <td><input type="checkbox"/> Ligadura de várices</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gastrostomía</td> <td>Otras: _____</td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Dilatación esofágica	<input type="checkbox"/> Inyectoterapia polidocanol	<input type="checkbox"/> Dilatación ano-rectal	<input type="checkbox"/> Inyectoterapia adrenalina	<input type="checkbox"/> Instalación gastrostomía	<input type="checkbox"/> Inyectoterapia cianocrilato	<input type="checkbox"/> Instalación de clips hemostasia	<input type="checkbox"/> Argón plasma	<input type="checkbox"/> Polipectomía	<input type="checkbox"/> Ligadura de várices	<input type="checkbox"/> Gastrostomía	Otras: _____
<input type="checkbox"/> Dilatación esofágica	<input type="checkbox"/> Inyectoterapia polidocanol																	
<input type="checkbox"/> Dilatación ano-rectal	<input type="checkbox"/> Inyectoterapia adrenalina																	
<input type="checkbox"/> Instalación gastrostomía	<input type="checkbox"/> Inyectoterapia cianocrilato																	
<input type="checkbox"/> Instalación de clips hemostasia	<input type="checkbox"/> Argón plasma																	
<input type="checkbox"/> Polipectomía	<input type="checkbox"/> Ligadura de várices																	
<input type="checkbox"/> Gastrostomía	Otras: _____																	
<b>Control de Signos Vitales:</b>																		
Hora	PA	Pulso	Sat O2	Escala EVA Dolor (0-10)	Lugar (Recuperación/ Pabellón)	Observaciones												
<b>Medicamentos Administrados:</b>																		
Indicación médica	Medicamento	Vía		Dosis	Responsable Administración	Lugar (Recuperación/ Pabellón)												
<p>Instalación vía venosa: SI ___ NO ___ <del>NE</del> ___</p> <p>Toma de Biopsias: SI ___ NO ___ Toma de Test de ureasa: SI ___ NO ___</p> <p>Hora de alta: _____ Condición al alta: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
<p><b>Indicaciones al alta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede comer alimentos indicados por su médico tratante, después de 1 hora realizado el procedimiento.</li> <li>- Puede hacer sus actividades acompañado por 4 horas, no conducir vehículos.</li> <li>- Debe seguir tomando los medicamentos que le ha indicado su médico.</li> <li>- Pasar a ventanilla de ingreso a retirar su informe médico.</li> <li>- Acudir a control con el médico que le pidió este examen.</li> <li>- <b>En caso de dolor dirigirse al Servicio de Urgencia de Hospital San Juan de Dios con informe de procedimiento.</b></li> </ul>																		
Nombre Responsable Alta: _____					Firma: _____													
Nombre Responsable Paciente: _____					Firma: _____													

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 19 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 10:** Informe Enfermería Policlínico Broncopulmonar.



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años Comuna: \_\_\_\_\_  
 Médico: Dr. \_\_\_\_\_ Asistente: TENS  
 Enfermera: E.U. \_\_\_\_\_ Equipo: \_\_\_\_\_

**Control de signos vitales:**

Hora	PA	Pulso	Sat O2	Observaciones

**Medicamentos administrados:**

Medicamento	Vía	Dosis	Observaciones

**Evaluación riesgo de caídas:**  
 Baja (0-2) \_\_\_\_ Media (3-4) \_\_\_\_ Alta (5-9) \_\_\_\_

**Uso de medidas de prevención:**  
 Uso de barandas \_\_\_\_ Acompañado \_\_\_\_ Contención física \_\_\_\_

**Toma de Biopsias:** SI \_\_\_\_ (resultado en 1 mes, verificar 25741924) No \_\_\_\_

**Evolución de Enfermería:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


- Indicaciones al alta:**
- Seguir las indicaciones de su médico tratante
  - Ayuno durante 2hrs hasta las \_\_\_\_\_ horas
  - Reposo relativo durante 24 hrs
  - Si presenta fiebre tomar un comprimido de Paracetamol 500mg vía oral.
  - Observar sangramiento
  - Próxima hora de control: \_\_\_\_\_ con Dr: \_\_\_\_\_

Responsable del alta: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

Modificar


 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 20 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 11:** Informe de Atención de Enfermería Nasofibroscopías.

 <p><b>Informe de Atención de Enfermería Procedimiento Nasofibroscopía Policlínico Otorrinolaringología</b></p>				
<p>Nombre paciente: _____ Rut: _____          Fecha: _____ Procedencia: _____          Médico responsable: _____ Asistente: _____          Enfermera: _____ Equipo: _____</p>				
<b>Control de Signos Vitales:</b>				
Hora	PA	Pulso	Sat O2	Observaciones
<b>Medicamentos Administrados:</b>				
Medicamento	Via	Dosis	Observaciones	
<p>Instalación vía venosa: SI ___ NO ___ NE ___          Observaciones: _____          _____          _____</p>				
<p><b>Indicaciones al alta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir las indicaciones según médico tratante.</li> <li>- Puede consumir toda clase de alimentos indicados por su médico después de media hora realizado el procedimiento.</li> <li>- Puede realizar sus actividades en forma normal.</li> <li>- Debe seguir tomando los medicamentos que le ha indicado su médico.</li> <li>- Acude a control con médico que solicitó el examen.</li> <li>- No olvide llevar su examen cuando acuda al control médico.</li> <li>- Cualquier duda, llamar al 22-5742290 – 22-5741936</li> </ul>				
<p>Nombre Responsable: _____          Firma: _____</p>				


aficar

Docer

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 21 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 12:** Informe de Enfermería Biopsia de Próstata. Policlínico de Urología

 <p><b>Informe de Alta Procedimiento Biopsia de Próstata Policlinico de Urología</b></p>				
<p>Nombre Paciente: _____  Rut: _____ Edad: _____  Fecha: _____ Procedencia: _____ Diagnóstico: _____  Enfermera/Tens _____</p>				
<b>Control de signos vitales:</b>				
<b>Hora</b>	<b>PA</b>	<b>Pulso</b>	<b>Sat O2</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Medicamentos Administrados:</b>				
<b>Medicamento</b>	<b>Vía</b>	<b>Dosis</b>	<b>Observaciones</b>	
<p>Uso de medidas de prevención: Si ___ NO ___  Uso de barandas ___ Acompañado ___ Contención física ___  Toma de Biopsias: Si ___ No ___  Observaciones: _____</p>				
<p><b>Indicaciones al alta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reposo relativo durante las primeras 48 hrs</li> <li>- No realizar esfuerzos físicos, ni tener actividad sexual durante 7 días posterior al procedimiento.</li> <li>- Ingerir abundante líquido, se recomiendan 2 litros de agua diaria.</li> <li>- Durante los días posteriores al procedimiento puede presentar sangrado en la orina o deposiciones.</li> <li>- El semen puede salir teñido de sangre hasta 1 mes después de realizado el procedimiento.</li> <li>- Deberá acudir al servicio de urgencia en casos de los siguientes casos: sangrado abundante o fiebre igual o mayor a los 38°C.</li> </ul>				
<p>Nombre Médico Responsable: _____  Firma: _____ Nombre persona que entrega el alta: _____</p>				

 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 22 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 13:** Informe Procedimientos de Enfermería. Policlínico de Urología

	<p><b>HOJA DE ALTA DE PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS</b> <b>CENTRO DE COSTO CONSULTAS AMBULATORIAS</b></p>	
---	---	--

POLICLÍNICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ N° FICHA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO REALIZADO: \_\_\_\_\_

FECHA PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_ HORA ALTA: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSABLE del Procedimiento: \_\_\_\_\_

**Cuidados al alta:**

Tipo de Reposo:      Absoluto                       Relativo

Régimen:              Líquido       Liviano       Normal       Otro

Obsevación: \_\_\_\_\_

Posibles complicaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de alguna complicación dirigirse a:

Urgencia       Unidad                       Otro: \_\_\_\_\_

En caso de dolor: \_\_\_\_\_

**Nombre persona que otorga el alta:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Modificar



**Hospital San Juan de Dios - CDT**  
Asistencial Docente  
"El Primero de Chile"

Unidad de Calidad,  
Seguridad del paciente y  
Control de IAAS

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT

Código: DOC – UCSP 79  
REG 1.3  
Edición: 4  
Elaboración: Mayo 2010  
Página 23 de 28  
Vigencia: Septiembre 2028

**Entrega de Informes a pacientes con  
Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y  
terapéuticos ambulatorios**

**Anexo 14 : Carnet Dilatación Uretral. Policlínico de Urología**

**WhatsApp Policlínico de Urología**  
+56964349184 (solo para mensajes)

**Teléfono Policlínico de Urología**  
225742282



**Policlínico de Urología**  
**Carnet de Dilatación Uretral**  
Lunes a viernes  
8:00 a 11:30 Hrs

Nombre: \_\_\_\_\_  
Rut: \_\_\_\_\_

**Posibles complicaciones posterior al tratamiento**

- > Orina con sangre
- > Infección urinaria



**¡RECORDAR!**

- > Entregar hoja de Alta de Enfermería terminado el procedimiento
- > Cada vez que viene a realizar el procedimiento debe **traer su carnet**

Fecha	Responsable	N° de sondas nelaton utilizadas	Próxima Dilatación

Fecha	Responsable	N° de sondas nelaton utilizadas	Próxima Dilatación

**¡ATENCIÓN!**

- > Fijarse que al orinar **no tenga sangre**, por lo tanto, **no puede consumir alimentos con colorantes rojos** (Ejemplo: Betarreja)
- > Si al orinar tiene dolor o comienza con **fiebre** debe acudir al servicio de urgencia más cercano



**¿En qué consiste la dilatación uretral?**

Consiste en una secuencia de instalación momentánea y secuencial de tubos de silicona (sondas), iniciando con unos de pequeño diámetro/calibre y avanzando lentamente hasta lograr instalar unos de un diámetro/calibre mayor, utilizados para eliminar la orina desde la vejiga hacia el exterior.

**¿Por qué dedo realizar este procedimiento?**

El médico indica las dilataciones cuando el camino por el cual se elimina la orina se estrecha.

**¿Qué puede causar que se estreche el camino por donde se elimina la orina?**

Las causas más habituales son el uso de sondas por largos periodos de tiempo o la cicatrización de la piel debido a una operación como, por ejemplo: retiro de la próstata y operaciones para eliminar piedras del riñón o vejiga.


**¿Qué síntomas puedo presentar si se me estrecha el camino por donde se elimina la orina?**

- > Dificultad para orinar
- > Retención de orina
- > Incapacidad de aguantar el deseo de orinar
- > Levantarse dos o más veces para orinar durante la noche



**¡Precaución!**

Nunca se debe forzar el paso del tubo de silicona (sonda) si hay resistencia

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 24 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 15:** Carnet Administración de BCG. Policlínico de Urología



**Carnet de Tratamiento  
De BCG  
Policlínico de Urología  
Horario: 8:00 a 11:30**

**Teléfono Policlínico de  
Urología  
225742282**  
(Ubicación: 2do piso CDT)

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

**Dosis de Inducción:** Una vez por semana por 6 semanas

Fecha	Responsable	Próxima Dosis

**¡Recuerda** realizar tu **urocultivo** una semana antes de la cistoscopia

Fecha Cistoscopia de control: \_\_\_\_\_

**Dosis de Mantención:** Una vez a la semana por 3 semanas

Fecha	Responsable	Próxima Dosis

**¡Recuerda** realizar tu **urocultivo** una semana antes de la cistoscopia

Fecha Cistoscopia de control: \_\_\_\_\_

**¡RECORDAR!**

- > Mientras persistan los efectos secundarios, es preferible evitar esfuerzos, viajes, relaciones sexuales y retrasar la siguiente dosis de BCG
- > Entregar hoja de Alta de Enfermería terminado el procedimiento
- > Cada vez que viene a administración del medicamento debe **traer su carnet**



**¡ATENCIÓN!**

Debe dirigirse al servicio de urgencia en caso de:

- > Fiebre sobre 38,5° C
- > Orina con abundante sangre. En ese caso suspender el tratamiento





<p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 25 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

## Anexo 16: Tríptico educativo de enfermería pre y post procedimiento: Ecocardiograma Transesofágico.



El ecocardiograma se basa en la utilización de ultrasonidos de alta frecuencia emitidos por un transductor que está integrado en una sonda transesofágica similar a las utilizadas en las endoscopias digestivas.

**¿PARA QUÉ SIRVE?**



Esta sonda se introduce por la vía oral. Permite ver la estructura, función del corazón, sus válvulas en mayor definición, obteniendo diagnóstico más certero según patologías.

**PROCEDIMIENTO:**

- ♥ Al ingreso del paciente se le solicitará los documentos pertinentes para la realización del examen. (orden de examen, consentimiento informado)
- ♥ La enfermera encargada le consultará si viene en ayuna (6 hrs) y si es usuario de prótesis dental, para removerla, y le instalará una vía venosa en su brazo.
- ♥ Se recostará al paciente de lado y se administrará anestesia tópica en la garganta para facilitar el paso de la sonda
- ♥ Se colocará boquilla, toallas de papel, saturómetro, electrodos y mango de presión.
- ♥ Al momento de iniciar el procedimiento se le administrará un medicamento por vía venosa en baja dosis para evitar las molestias que se puedan producir.
- ♥ Al finalizar se entregarán documentos de alta, indicaciones post procedimiento y se aclararán dudas posteriores.

**INDICACIONES PREVIAS AL EXAMEN**

**¿CÓMO DEBO PREPARARME PARA EL EXAMEN?**

1. venir acompañado por un adulto responsable
2. no aplique loción, talco, cremas sobre su pecho.
3. venir en ayuna
4. no fume el día del examen.
5. traer orden de examen, exámenes y antecedentes anteriores.
6. traer anotado medicamentos y sus dosis.
7. traer toalla nova.
8. venir con ropa cómoda.


**Indicaciones post examen:**

- 1 debe mantener reposo por 24 horas al cuidado de otra persona.
2. es posible que olvide algunas ocurridas desde que se le realice el examen (es por los medicamentos administrados).
3. es posible que sienta molestia a nivel de la garganta.
4. solicite una hora de control con el resultado del examen.
5. si presenta sangrado, problemas para respirar o mucho dolor, ir al servicio de urgencia más cercano con todos sus exámenes.




**INDICACIONES ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**




 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 26 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 17:** Documento de Alta Quimioterapia Ambulatoria.



<p><b>Educación al alta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realice sus exámenes de sangre y continúe asistiendo a sus controles médicos programados,</li> <li>• En caso que usted tenga catéter venoso central debe acercarse cada tres meses a heparinizarlo.</li> <li>• Fecha de Heparinización: _____</li> <li>• Otros: _____</li> </ul>	<p><i>Recomendaciones:</i></p> <p>Recuerde confirmar la fecha y hora para la administración de su tratamiento con anti-</p> <p><i>Ante cualquier duda y/o molestia derivadas del tratamiento, comunicarse al teléfono de Quimioterapia Ambulatoria:</i></p> <p><b>25742300</b></p>	<p>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA</p>  <p><b>Carnet de Alta Quimioterapia Ambulatoria</b></p>
---	--	---

<p><b>Datos del paciente</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>RUT: _____</p> <p>Nº Ficha: _____</p> <p>Diagnóstico: _____</p> <p>Médico tratante: _____</p> <p>Fecha de alta: _____</p>	<p><b>Esquemas recibidos</b></p> <p>ESQUEMA: _____</p> <table border="1"> <tr><td>1er ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2do ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3er ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4to ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5to ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6to ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7mo ciclo</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8vo ciclo</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>VÍAS DE ADMINISTRACIÓN: _____</p> <p><input type="checkbox"/> VVP    <input type="checkbox"/> Intramuscular    <input type="checkbox"/> PICC</p> <p><input type="checkbox"/> Reservorio    <input type="checkbox"/> Intratecal</p>	1er ciclo			2do ciclo			3er ciclo			4to ciclo			5to ciclo			6to ciclo			7mo ciclo			8vo ciclo			<p><b>Condiciones al alta</b></p> <p>Presión Arterial: _____</p> <p>Frecuencia Cardíaca: _____</p> <p>HGT: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
1er ciclo																										
2do ciclo																										
3er ciclo																										
4to ciclo																										
5to ciclo																										
6to ciclo																										
7mo ciclo																										
8vo ciclo																										

Docum


 <p><b>Hospital San Juan de Dios - CDT</b> Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 27 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 18:** Documento Hoja de alta de procedimientos ambulatorios.

 <p><b>HOJA DE ALTA DE PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS</b> CENTRO DE COSTO CONSULTAS AMBULATORIAS</p> 
<p>POLICLÍNICO: _____</p> <p>NOMBRE PACIENTE: _____</p> <p>RUT: _____ N° FICHA: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>_____</p>
<p>PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____</p> <p>FECHA PROCEDIMIENTO: _____ HORA ALTA: _____</p> <p>MÉDICO RESPONSABLE del Procedimiento: _____</p>
<p><b>Cuidados al alta:</b></p> <p>Tipo de Reposo:      Absoluto <input type="checkbox"/>                      Relativo <input type="checkbox"/></p> <p>Régimen:              Líquido <input type="checkbox"/>      Liviano <input type="checkbox"/>      Normal <input type="checkbox"/>      Otro <input type="checkbox"/></p> <p>Obsevación: _____</p> <p>Posibles complicaciones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>En caso de alguna complicación dirigirse a:</p> <p>Urgencia <input type="checkbox"/>      Unidad <input type="checkbox"/>                      Otro: _____</p> <p>En caso de dolor: _____</p> <p><b>Nombre persona que otorga el alta:</b> _____</p>

Firma: \_\_\_\_\_

Av. Portales 3239, Santiago ■ Teléfono: 574 19 00 ■ [www.hospitalsanjuandedios.cl](http://www.hospitalsanjuandedios.cl)

 <p>Hospital San Juan de Dios - CDT Asistencial Docente "El Primero de Chile"</p> <p>Unidad de Calidad, Seguridad del paciente y Control de IAAS</p>	<p>SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-CDT</p> <p><b>Entrega de Informes a pacientes con Quimioterapia y Procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios</b></p>	Código: DOC – UCSP 79 REG 1.3
		Edición: 4
		Elaboración: Mayo 2010
		Página 28 de 28
		Vigencia: Septiembre 2028

**Anexo 19:** Hoja de indicaciones específicas de Punción Lumbar (Policlínico de Neurología).

## SR (A).

UD. HA SIDO SOMETIDO AL PROCEDIMIENTO DE PUNCIÓN LUMBAR (PL) PARA ESTUDIO DEL LIQUIDO CEREBRO ESPINAL O LCR.

DEBERÁ MANTENERSE EN REPOSO COMPLETO EN POSICION HORIZONTAL, REPOSTADO Y SIN ALMOHADA, TODO EL RESTO DEL DIA EN QUE SE EFECTUÓ LA PL, PARA DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR DOLOR DE CABEZA COMO CONSECUENCIA DE DICHA PUNCIÓN.

PUEDE COMER Y BEBER LIQUIDOS EN FORMA NORMAL, E IR AL SANITARIO SI LO REQUIERE.

EL PARCHA QUE LE HA SIDO COLOCADO EN EL SITIO DE LA PUNCIÓN, PUEDE SER RETIRADO Y ELIMINADO CON CUIDADO, EN SU CASA.

SI PRESENTARA DOLOR DE CABEZA SE ACONSEJA INGERIR 2 TABLETAS DE PARACETAMOL DE 500 MG DE UNA VEZ, SI UD. NO ES ALERGICO A DICHO MEDICAMENTO.

SI SE SINTIERA MAL Y TUVIERA FIEBRE (TEMPERATURA MAYOR DE 38° C) MEDIDA CON TERMOMETRO. DEBER CONCURRIR A SU SERVICIO DE URGENCIAS MAS CERCANO, CON LOS ANTECEDENTES DE HABER SIDO SOMETIDO A ESTA PUNCIÓN (HOJA INDICACIONES DE ALTA DE PL)

DESDE EL DIA SIGUIENTE A LA PL, PODRÁ REANUDAR SUS ACTIVIDADES HABITUALES.

SI PRESENTARE OTRO TIPO DE MOLESTIAS , CONSULTE CON SU MEDICO NEUROLOGO.

SE LE AVISARÁ AL TELEFONO QUE UD. NOS HA SEÑALADO, CUANDO ESTÉ LISTO EL RESULTADO DEL EXAMEN A UD. PRACTICADO.

ATTE. UNIDAD DE NEUROLOGIA ADULTOS. HSJ DE DIOS

Docum