



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>BAJO</small>	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSNUT – 01 Rev. 0 Hoja: 0 de 70
---	---------------------------------	--	---

HRAEB – MP – DM – SSQ – JSNUT – 01 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL TRASPLANTE RENAL

COPIA CONTROLADA

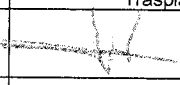


FIRMA DE AUTORIZACIÓN	FECHA
 Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez Director General	Junio 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P A I S O	Código: HRAEB - MP - DM - SSQ - JSG - 01
			Rev. 0
			Hoja: 1 de 70

ÍNDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	2
II. OBJETIVO DEL MANUAL	3
III. MARCO JURÍDICO	4
IV. PROCEDIMIENTOS	6
1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL	6
2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA	34

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>B A J Í O</small>	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 2 de 70

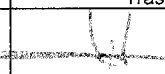
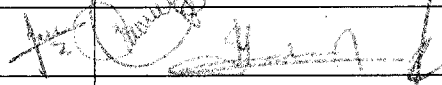
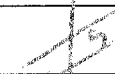
I. INTRODUCCIÓN



En cumplimiento de la normativa en el área de donación y trasplantes, descritas en la Ley General de Salud y el Reglamento de dicha ley en materia de trasplantes, el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), establece los manuales de procedimientos médicos, técnicos y/o administrativos de los diferentes programas de donación y trasplantes con los que cuenta el Hospital, con la finalidad de ayudar en la integración de un Sistema de Gestión de Calidad como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes en su artículo 34.

Para ello, se integra este manual de procedimientos relativo al programa de trasplante de riñón con la finalidad de establecer las líneas de trabajo y responsabilidades de los participantes en el programa en lo que compete a su área.

Por ello, la importancia de la elaboración de estos manuales que buscan estandarizar el actuar de los integrantes de las actividades descritas, definiendo políticas de actuación y delimitando responsabilidades y competencias, en apego a toda la normatividad existente en la materia.

Además de quedar a la disposición de todo aquel que lo requiera ya sea personal de la institución o público en general que requiera dicha información, independientemente del fin que se persiga.

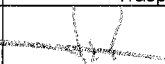
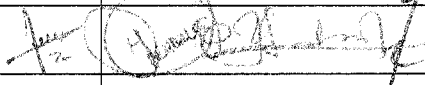

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 3 de 70

II. OBJETIVO DEL MANUAL

Suministrar una guía de actuación a todo el personal involucrado en el proceso de un trasplante renal, con el objetivo de homologar las actividades y comunicación entre los integrantes tanto hospitalarios como extrahospitalarios, los cuales requieran conocer el proceso de atención de un paciente que requiere un trasplante de riñón.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – MP – DM – SSQ – JSG – 01
			Rev. 0
			Hoja: 4 de 70

III. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
DOF 05-II-1917, hasta su última reforma.

LEYES

Ley General de Salud.
D.O.F. 07-II-1984, hasta su última reforma.

Ley General de Responsabilidades Administrativas
D.O.F. 18-VII-2016, hasta su última reforma.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Trasplantes
D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
D.O.F. 14-III-1986, hasta su última reforma.

DECRETOS

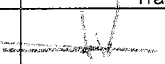
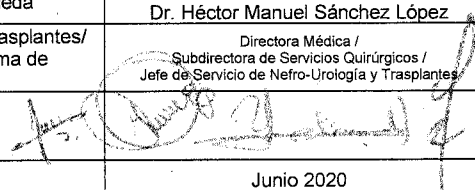
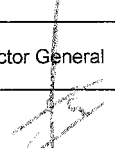
Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como organismo descentralizado de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-VI-2006.



NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
D.O.F. 15-X-2012.

OTRAS DISPOSICIONES

Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.
Aprobado en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de enero de 2007, en la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío,

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD <small>2019</small>	Código: HRAEB - MP - DM - SSQ - JSG - 01
			Rev. 0
			Hoja: 5 de 70

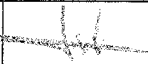


del ejercicio fiscal del año dos mil siete, y con sus últimas reformas aprobadas en fecha 06 de septiembre de 2018.

Código de Ética de los Personas Servidoras Públicas de Gobierno Federal.
 D.O.F. 05-II-2019.

Código de Conducta de los Servidores Públicos del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Documento aprobado por el CEPCI en fecha 24 de noviembre de 2016.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 6 de 70

IV. PROCEDIMIENTOS

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BAJIO</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 7 de 70

1.0 Propósito

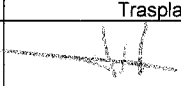


- 1.1 Implementar un procedimiento de atención a pacientes con enfermedad renal crónica terminal candidatos a trasplante renal, para garantizar la atención ambulatoria oportuna de los servicios otorgados dentro del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).



2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención al Usuario, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado y Comité Interno de Trasplantes (CIT),
- 2.2 A nivel externo aplica al paciente candidato a trasplante renal al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), a la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Centro Estatal de Trasplantes (CEETRA), Hospitales de Referencia y Organismos Acreditadores.

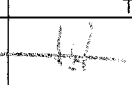
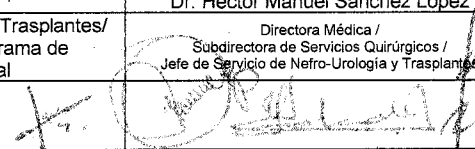

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Todos los pacientes deben de contar con su hoja de referencia externa proveniente de los Hospitales de segundo nivel para ser atendidos en el HRAEB. (Ver Anexo 10.1 Hoja de referencia y contrarreferencia).
- 3.2 Una vez aceptada la referencia por la Jefatura del Servicio correspondiente, todos los pacientes deben acudir al HRAEB con estudios básicos tomados en hospitales de segundo nivel. (Ver Anexo 10.1).
- 3.3 Es responsabilidad del Médico Nefrólogo y Cirujano de Trasplantes, valorar al paciente de acuerdo con el programa establecido en el Protocolo de Trasplante Renal.
- 3.4 Es responsabilidad del Médico Nefrólogo y Cirujano de Trasplantes, solicitar las interconsultas del Protocolo a las especialidades de Infectología, Cardiología, Psicología, Dental, Anestesiología y el resto necesario según cada caso como lo establecido por el protocolo de estudio. (Ver Anexo 10.2 Solicitud de Interconsulta).
- 3.5 Para la programación del trasplante renal, el Cirujano de Trasplante Renal debe generar receta médica de inmunosupresores y una hoja de Lista de Espera Quirúrgica (LEQ), así como cumplimentar el proceso del consentimiento informado específico y solicitud de transfusión durante la atención ambulatoria. (Ver Anexo 10.3 Solicitud de inclusión en LEQ, 10.4 Solicitud de Transfusión, 10.5 Consentimiento Informado Específico, 10.6 Receta Médica, 10.7 Solicitud de Ingreso Hospitalario).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

 SALUD <small>GOBIERNO DE SAN JOSÉ</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small> <small>2011</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 8 de 70

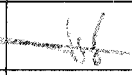


- 3.6 Es responsabilidad del Cirujano de Trasplante Renal, plasmar las indicaciones al ingreso del paciente a Hospitalización, en la solicitud de ingreso. (Ver Anexo 10.7).
- 3.7 Es responsabilidad del CIT, la aprobación del trasplante renal de los casos presentados y su ingreso al Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT), dependiente del CENATRA, a través del Secretario Técnico del Comité, plasmándolo en la minuta respectiva. (Ver Anexo 10.8 Lista Nacional de Espera).
- 3.8 Es responsabilidad del Secretario Técnico del CIT, la elaboración oportuna de la minuta resultante de la sesión extraordinaria ante una donación de origen cadavérico o una prioridad en casos de imposibilidad de diálisis.
- 3.9 El seguimiento en Consulta Externa de los pacientes trasplantados estará a cargo del Nefrólogo y Cirujano de Trasplante Renal en forma coordinada, de acuerdo con el programa de vigilancia establecido en la Guía de Práctica Clínica de Trasplante Renal y los Lineamientos para el trabajo coordinado del programa de trasplante renal.
- 3.10 Es responsabilidad del Puesto de Sangrado, Servicio de Transfusión y Aféresis, la orientación de los potenciales donantes de componentes sanguíneos para el trasplante renal. (Ver Anexo 10.10 Requisitos del Donador).
- 3.11 Es responsabilidad de los médicos participantes del programa de trasplante renal apearse a lo descrito en los lineamientos para el trabajo coordinado del programa de trasplante renal (LI-DM-SSQ-JSNTR-CDT-03).



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 9 de 70

4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Recepción de documentación correspondiente al ingreso	Responsable: Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión
1.1 Recibe la documentación correspondiente al ingreso del paciente al HRAEB, como se menciona en el Procedimiento de referencia. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. 	
1.2 Envía el documento para ser valorado por la Jefatura del Área Médica correspondiente. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. 	
Etapa 2.0 Aceptación de paciente	Responsable: Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal
2.1 Evalúa el caso en particular mediante la revisión de la hoja de referencia externa. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de referencia y contrarreferencia. <p style="text-align: center;">¿Es un caso prioritario?</p> <p>Si: Pasa a etapa 8.0. No: Pasa a etapa 3.0.</p>	
Etapa 3.0 Agenda de consulta	Responsable: Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante Renal
3.1 Solicita por sistema al Personal del Área de Referencia, Contrarreferencia y Auxiliar de Admisión, agendar consulta de primera vez a Nefrología o Cirugía de Trasplantes. <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Electrónico. 	
Etapa 4.0 Valoración del paciente en Consulta Externa	Responsable: Médico Nefrólogo / Cirujano de Trasplante Renal
4.1 Inicia el estudio para trasplante, de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Trasplante Renal. <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Nota médica. 	
4.2 Solicita interconsultas a las especialidades mencionadas en la política 3.4. <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta. 	
Etapa 5.0 Evaluación del paciente	Responsable: Médico Nefrólogo / Cirujano de Trasplante Renal

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 10 de 70

5.1 Evalúa al paciente para considerar si es apto para el trasplante renal.

¿Se considera al paciente apto para trasplante?

Si: Pasa a etapa 6.0.
No: Contrarreferencia al paciente a su Unidad de Referencia.

- Hoja de referencia y contrarreferencia.

TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa 6.0 Evaluación del grado de avance del paciente	Responsable: Médico Nefrólogo / Cirujano de Trasplante Renal
---	---

6.1 Evalúa el grado de avance del protocolo de estudio del paciente candidato a trasplante renal.

¿Ha finalizado el protocolo de estudio?

Si: Interconsulta al Cirujano de Trasplante Renal. Pasa a etapa 7.0.

- Interconsulta.

No: Continúa con el protocolo de valoración. Regresa a etapa 5.0.

Etapa 7.0 Valoración quirúrgica	Responsable: Cirujano de Trasplante Renal
---------------------------------	--

7.1 Valora el protocolo finalizado.

¿Se acepta el caso para cirugía?

Si: Presenta caso al CIT. Pasa a la etapa 8.0.

- Expediente Clínico.

No: Envía de regreso el caso al Médico integrador de protocolo, explicando los motivos de rechazo para cirugía. Regresa a etapa 5.0.

- Nota médica.

Etapa 8.0 Presentación y programación del caso	Responsable: CIT
--	---------------------



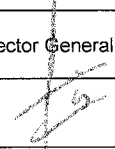
8.1 Valora el caso para la inclusión en la lista de espera o solicitud de asignación prioritaria en caso necesario de acuerdo con la política 3.7.



- Solicitud de inclusión en la lista de espera.
- Solicitud de asignación prioritaria.

¿Se acepta para cirugía?

Si: Pasa a la etapa 9.0.
No: Regresa a la etapa 5.0.

Etapa 9.0 Programación quirúrgica en Consulta Externa	Responsable: Cirujano de Trasplante Renal
---	--

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 11 de 70

- 9.1 Elabora la LEQ.
- Solicitud de inclusión en LEQ.
- 9.2 Cumplimenta el proceso del consentimiento informado específico.
- Consentimiento Informado Específico.
- 9.3 Expide receta médica de inmunosupresores.
- Receta médica.
- 9.4 Realiza solicitud de ingreso a Hospitalización, de acuerdo con la política 3.6.
- Solicitud de ingreso a Hospitalización.
- 9.5 Elabora solicitud de transfusión.
- Solicitud de Transfusión.

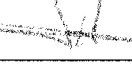


Etapa 10.0 Entrega de documentación al paciente	Responsable: Cirujano de Trasplante Renal
---	--



- 10.1 Entrega al paciente la documentación requerida para su hospitalización.
- Receta médica.
 - Solicitud de ingreso a Hospitalización
 - Solicitud de Transfusión.

Etapa 11.0 Atención del paciente en quirófano	Responsable: Personal Quirúrgico Multidisciplinario
---	--

- 11.1 Realiza procedimiento quirúrgico programado.
- 11.2 Informa telefónicamente al Personal Médico del área de presión positiva o la Unidad de Cuidados Intensivos, el traslado del paciente según corresponda.
- 11.3 Solicita al Personal de Camillería, el traslado del paciente.

Etapa 12.0 Evolución del paciente	Responsable: Médico Nefrólogo / Cirujano de Trasplante Renal
-----------------------------------	---

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 12 de 70

12.1 Valora diariamente la evolución postoperatoria del receptor.

- Nota médica.

¿El paciente presenta alguna complicación?

Si: Solicita interconsulta a especialidad correspondiente o al Médico de turno en la Unidad de Terapia Intensiva. Pasa a etapa 13.0.

- Interconsulta.

No: Continúa la atención en la Unidad de Presión Positiva. Pasa a etapa 14.0.

Etapa 13.0 Atención de complicación

Responsable:
Médico Especialista Interconsultado

13.1 Revisa y valora el estado clínico del receptor.

- Nota médica.

13.2 Realiza maniobra terapéutica indicada.

Etapa 14.0 Egreso del paciente de la Unidad de Presión Positiva

Responsable:
Médico Nefrólogo / Cirujano de
Trasplante Renal

14.1 Registra en el expediente, el egreso del paciente de la Unidad de Presión Positiva.

- Nota médica.

14.2 Solicita al Personal de Camillería, el traslado al Área de Hospitalización.

Etapa 15.0 Seguimiento de receptor en Hospitalización

Responsable:
Médico Nefrólogo y Cirujano de
Trasplante Renal

15.1 Valoran la evolución post operatoria del receptor.

- Nota médica.

15.2 Solicitan estudios de laboratorio y gabinete periódicamente.

- Formato de Solicitud de Laboratorio.
- Sistema electrónico.


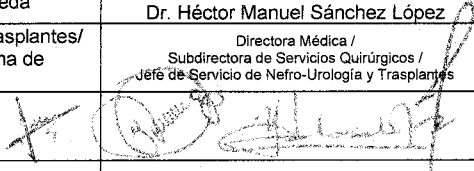

Etapa 16.0 Egreso de Hospitalización



Responsable:
Médico Nefrólogo / Cirujano de
Trasplante Renal

16.1 Proceden a dar de alta al receptor una vez que respondió satisfactoriamente al trasplante.

- Nota de egreso hospitalario.
- Receta médica.
- Formato de Solicitud de Laboratorio.


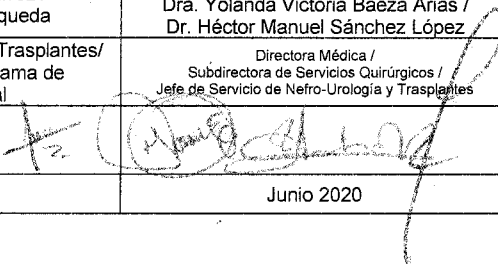

CONTROL DE EMISIÓN



	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 13 de 70

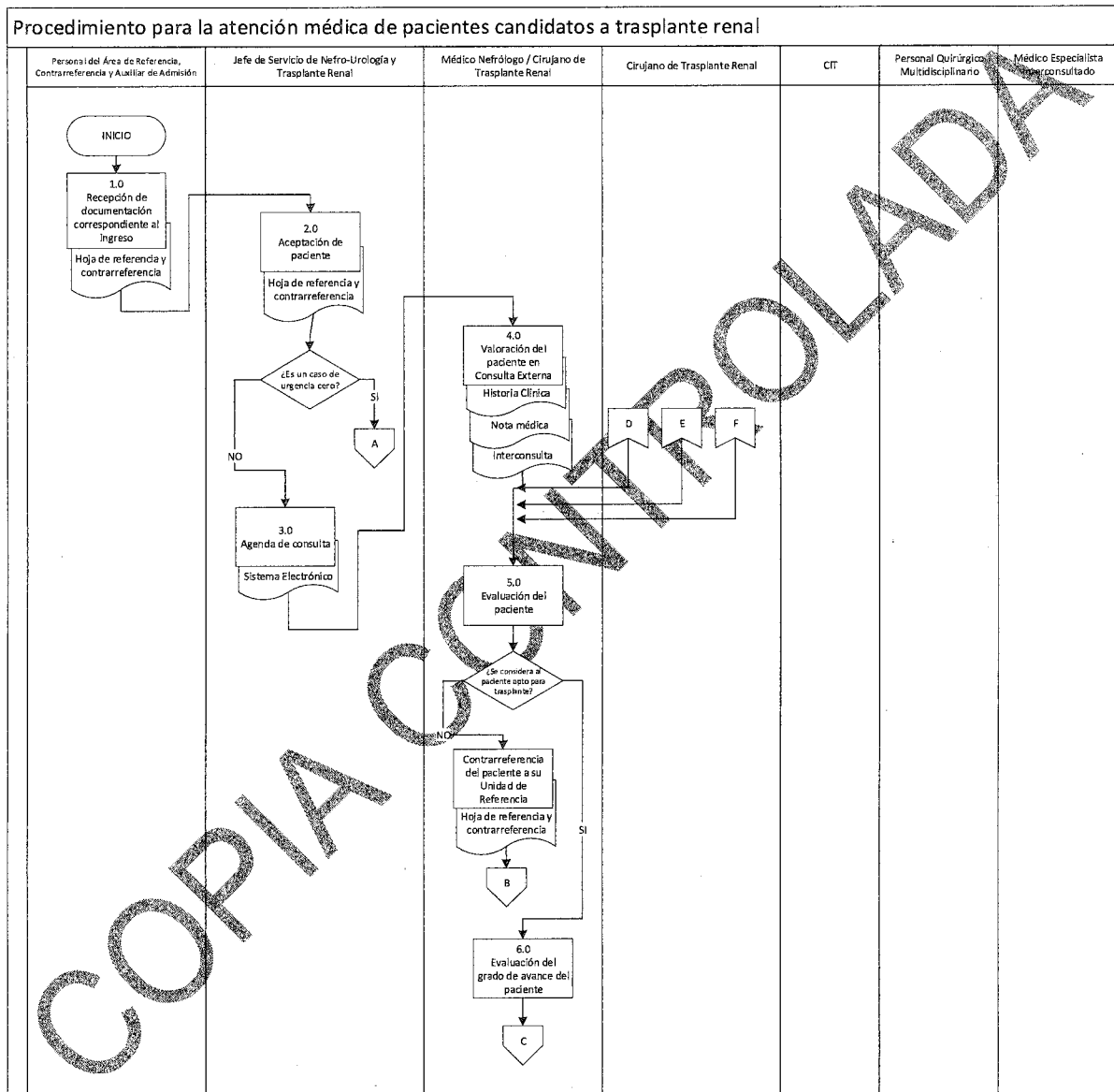
Etapa 17.0 Seguimiento en Consulta Externa	Responsable: Médico Nefrólogo / Cirujano de Trasplante Renal
17.1 Valoran y registran la evolución ambulatoria del receptor. <ul style="list-style-type: none"> • Formato de Solicitud de Laboratorio. • Sistema electrónico. 	
TERMINA PROCEDIMIENTO	

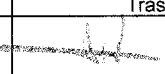


COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

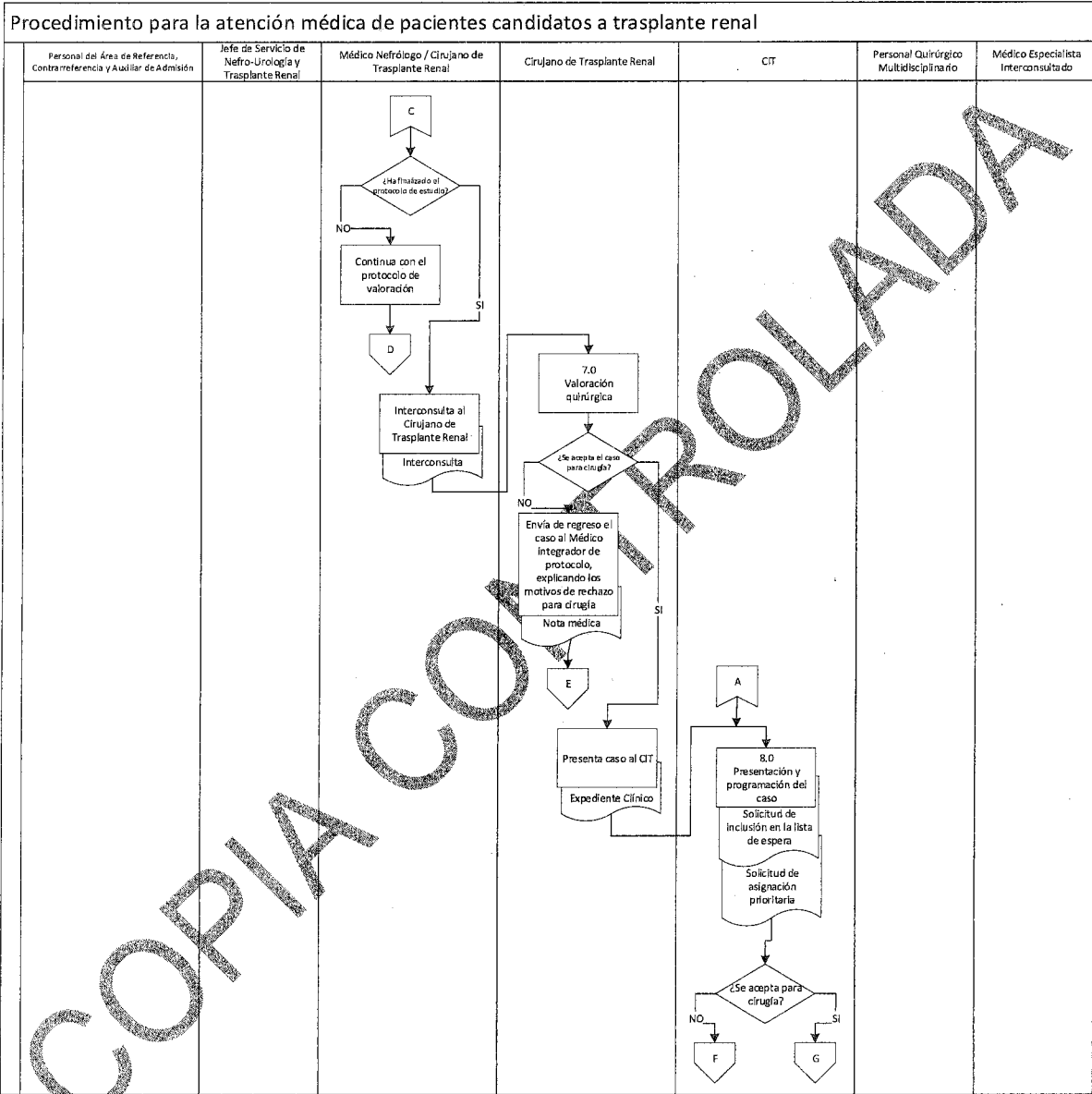
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 14 de 70


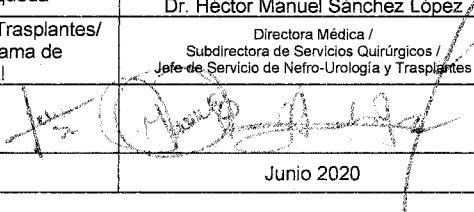

5.0 Diagrama de flujo

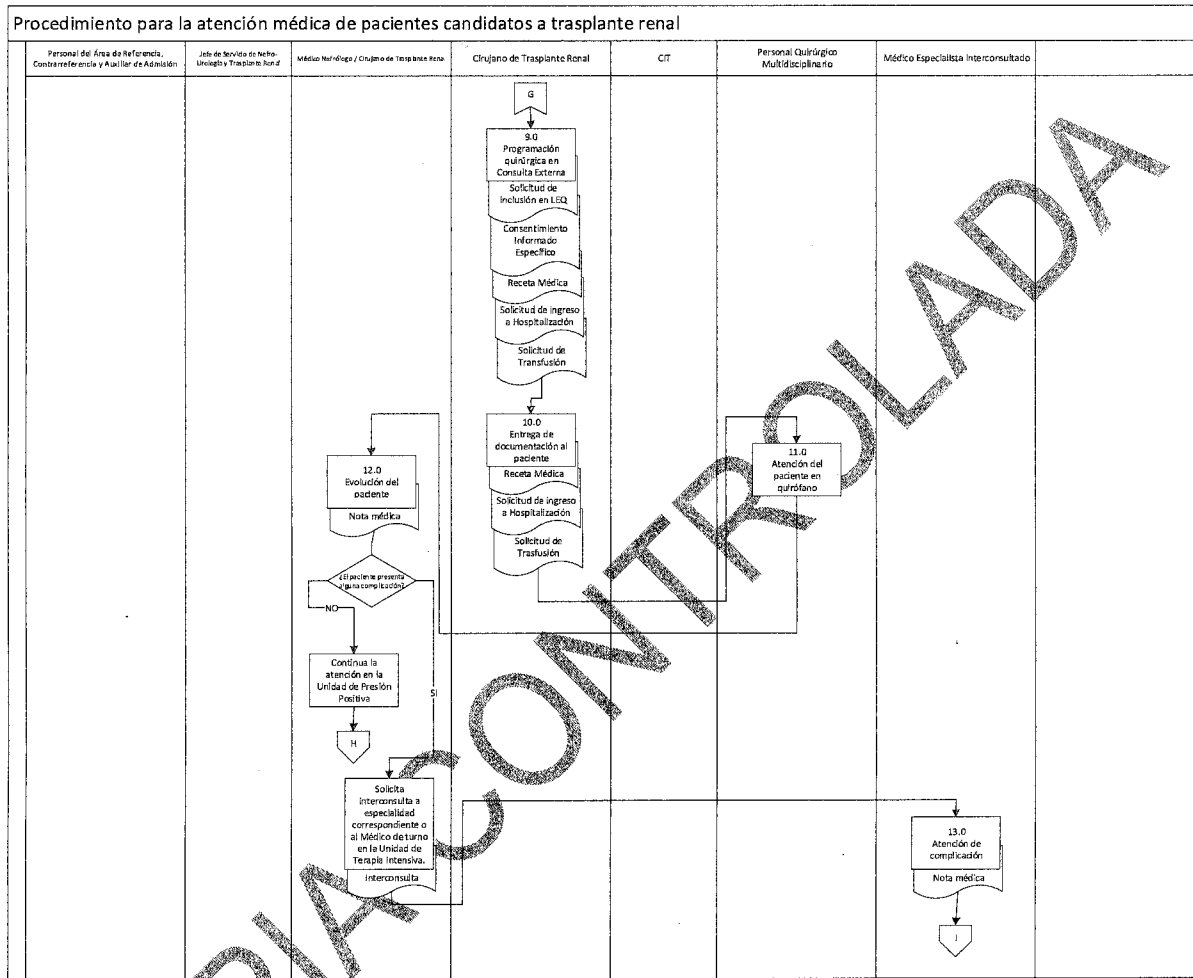


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

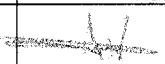


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 15 de 70





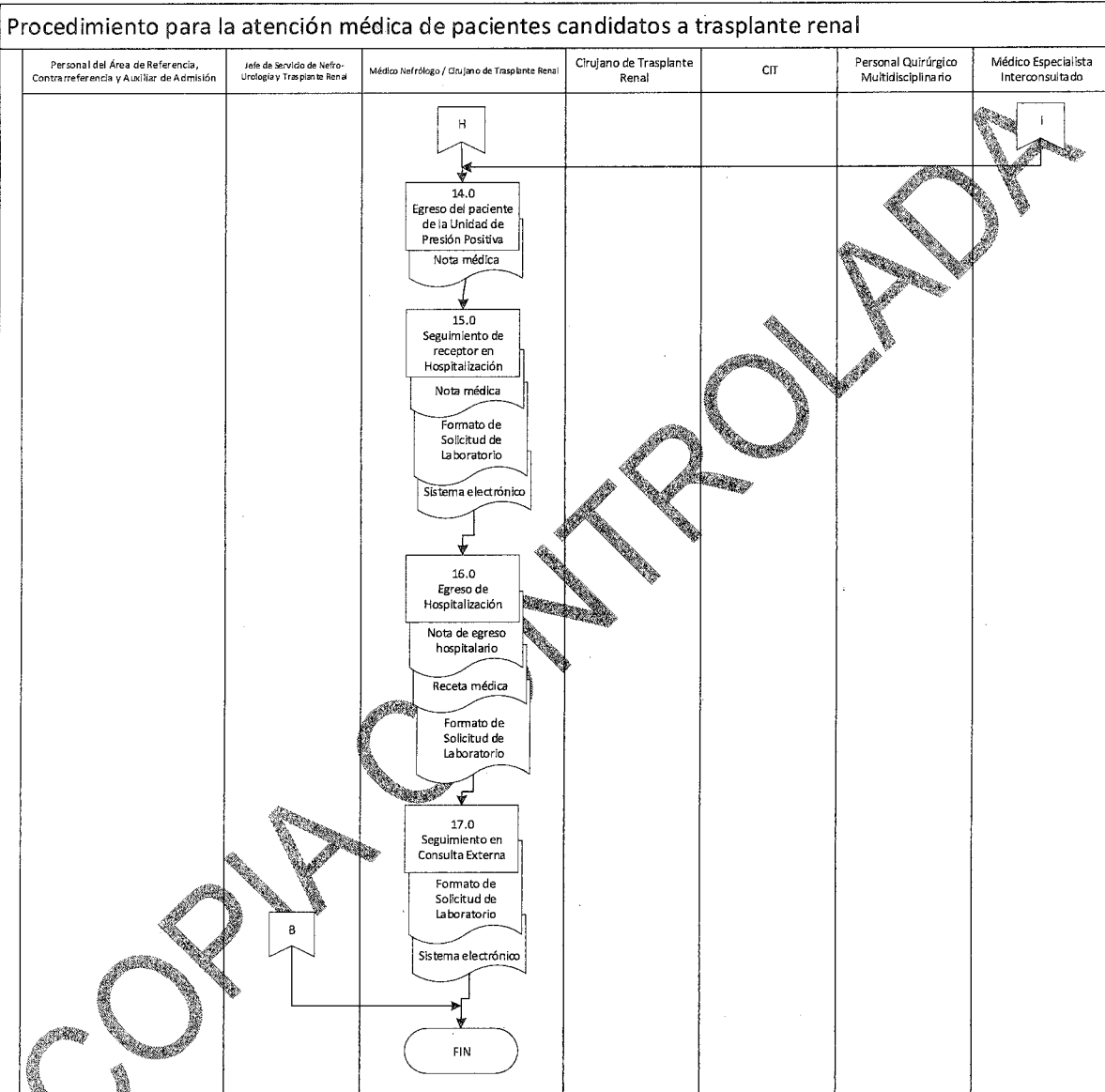
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



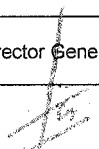




COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 17 de 70



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 18 de 70

Documentos de referencia

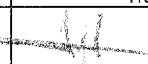
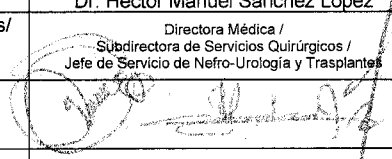
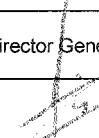
Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Publicado en el D.O.F., el 15 de octubre de 2012.	No Aplica
Ley General de Salud. Publicado en el D.O.F., el 7 de febrero de 1984, hasta su última reforma.	No Aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes. Publicado en el D.O.F., el 26 de Marzo de 2014.	No Aplica
Guía de Práctica Clínica de Trasplante Renal. Publicado en la Normateca Interna el 18 de junio de 2014.	No Aplica



7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Expediente Clínico	Indefinido	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica
Minutas del CIT	5 años	Coordinación de Donación y Trasplantes	No Aplica

8.0 Glosario

- 8.1 Hemocomponentes:** Componentes resultantes de procedimientos de extracción, separación, preparación, conservación y transporte de la sangre.
- 8.2 Hoja de Consentimiento Informado:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines anestésicos o quirúrgico. Esta carta se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no se concluya el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar o emitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- 8.3 Hospital de Referencia:** Dícese del hospital que envía a un paciente para su atención a otro hospital de mayor complejidad de atención.
- 8.4 Insumos:** Bien de cualquier clase empleado en la producción de otros bienes.
- 8.5 Lista de Espera Quirúrgica (LEQ):** Todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico aceptado por el paciente y para cuya realización se tiene prevista la utilización de quirófano.

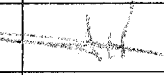
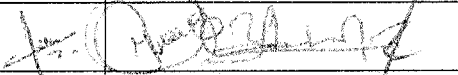

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 19 de 70

- 8.6 Organismo Acreditador:** Equipo de expertos en la acreditación de una organización de salud capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional.
- 8.7 Referencia y Contrarreferencia:** Proceso por medio del cual, se envía a un paciente para su atención de un nivel a otro, dentro del mismo nivel o de una institución a otra con mayores recursos para el diagnóstico y tratamiento, y el regreso del paciente para su atención en el hospital de origen como respuesta a la referencia médica.
- 8.8 Registro Nacional de Trasplantes:** Sistema informático donde consta la permanencia oficial de un paciente en espera de un órgano o tejido con fines de trasplante.
- 8.9 Trasplante:** Transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.



9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	No Aplica	Actualización de las Políticas de operación, Descripción del Procedimiento, Documentos de Referencia y Anexos.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 22 de 70

10.2 Solicitud de Interconsulta.

Solicitud de Interconsultas a HO, AC, y QU

NRC: _____ Paciente: _____
 Fecha de: _____ Centro: _____
 Diagnóstico: _____
 Código: _____ Solicitado por: _____
 Entidad: _____ La Prioridad: _____
 Realiza: _____ Fecha Prevista: _____
 DNI: _____
 Episodio:  Solicitud: 

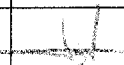
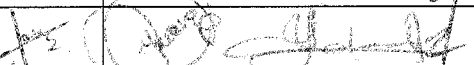

Servicio _____
 Médico _____



Motivo Interconsulta _____

Respuesta _____

COPIA


COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 23 de 70

10.3 Solicitud de inclusión en LEQ.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO



SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN LEQ

Nombre: _____ Número de expediente: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Número de afiliación: _____

Domicilio: _____

Institución de procedencia: _____

Servicio padronante: _____

Diagnóstico: _____

Intervención: _____

Detalle de intervención: _____

Prioridad clínica: _____ Tipo de cirugía: _____

Radiología intraoperatoria: _____ Tipo de anestesia: _____

Podido de sangre: _____ Biopsia intraoperatoria: _____

Listado de anestésicos: _____ Unidades: _____ Grupo: _____ Factor RH: _____




Confirmación: _____



Nombre, firma y fecha del médico solicitante: _____ Nombre, firma y fecha del administrador: _____

Genero Documental: _____

Cédula Médica: _____

31/10/2019 11:56 a.m.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

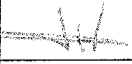


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 25 de 70



10.5 Carta de Consentimiento Informado Específico.

		HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO		
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO				
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD ARTICULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARTICULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1. A LA 10.1.4				
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:		
Acepto que el/la Dr./Dra. SANJUANES-BAJANO-ALBERTO-JARDÓN quien es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y concisa mi padecimiento, información que mi diagnóstico presuntivo de ingreso es:				
Y que para su atención se requiere de la realización del siguiente procedimiento:				
Entiendo que el procedimiento señalado consiste en:				
Manifiesto que se me ha explicado claramente en que consiste el procedimiento, es por eso que otorgo de manera voluntaria el más amplio consentimiento para que se me realice el mismo, sabiendo que los beneficios del procedimiento propuesto son:				
Así mismo, estoy enterado (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos de complicaciones eventuales e inusuales:				
Riesgos más frecuentes (mencionar en base al procedimiento específico):				
Riesgos personales (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente):				
Además que el médico me ha explicado que el procedimiento propuesto es la mejor opción que se me puede ofrecer, también me ha informado que existen las siguientes opciones:				
Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.				
Si el médico tuviera alguna sugerencia derivada del acto médico señalado, le otorgo mi autorización para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y ética profesional.				
Estoy enterado (a) de que no existe garantía sobre los resultados del procedimiento y de que es posible que no cure mi enfermedad. Así mismo conozco que se pueden presentar las siguientes molestias durante mi recuperación:				
Enterado (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesta por mi médico tratante, otorgo el presente consentimiento.				
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE		
<i>"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su minoría de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud."</i>				
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA				
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA		



DA

CC

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P A L L O	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 26 de 70

10.7 Solicitud de Ingreso Hospitalario.

Solicitud de Ingreso Hospitalario

Paciente:	Área: Hospitalización
Fecha de Diagnóstico:	Centro: H. Regional de Alta Especialidad del : Trasplantes
Código:	Solicitado por: DIAZ CHAVEZ, ERNESTO
Entidad:	Prioridad: PRIORIDAD NORMAL
Poliza:	Fecha Prevista:
CNE:	
Eplecdo:	Solicitad:

Servicio: **Trasplante Renal TRASPL - HO**

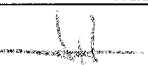
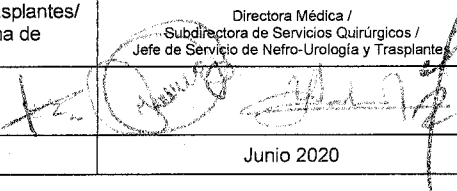

PRUEBAS SOLICITADAS
INGRESO HOSPITALIZACIÓN



OBSERVACIONES

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD P A L L O, GUANAJUATO, TEL. FAX. 477 1000


COPIA

IDA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplante	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 27 de 70

10.8 Lista Nacional de Espera.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Centro Nacional de Trasplantes
Lista Nacional de Espera
Comprobante de inscripción
16 de enero del 2020
SIRNT 7.0
RNT353-U8188-G8



Establecimiento: 353 - HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO

ID	
Organo/Tejido	
Estatus	
Fecha Registro	
Expediente clínico hospitalario	
Nombre(s)	
Apellido(s)	
Fecha Nacimiento	
Género	
C.U.R.P.	
Estado donde reside	

El número de ID que aparece arriba, es un folio asignado automáticamente por el sistema y no implica un lugar en la lista, la asignación de Órganos y Tejidos se sujeta a la legislación vigente (Ley General de Salud, artículo 336).

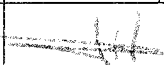


Nombre de quien emite el comprobante:



Cargo en el establecimiento:

Firma




Sello del establecimiento

http://www.cenatra.gob.mx/mt/comprobante.php?s_estatus=En+espera&s_donacion=&s_... 16/01/2020

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / de la Unidad de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 28 de 70

10.9 Formato de Activación de Asignación Prioritaria de un Riñón.

**SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES**

Formato de Activación de Asignación Prioritaria de un Riñón

Fecha: ___/___/___

1.- Datos Generales del Establecimiento

Nombre del Establecimiento: _____
 RNT: _____ y Entidad Federativa: _____

2.- Datos Generales del Receptor

ID: _____ Edad: _____ Sexo (M) (F) _____ Ojo, Sangünea y RHC: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm

3.- Diagnóstico

Patología de la Insuficiencia Renal: _____


4.- Criterios Médicos

Justificación de manera breve, la razón de la asignación prioritaria.

5.- Evolución Clínica desde su ingreso.

6.- Anexar laboratorios al ingreso y actuales.

Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Trasplantes y/o Responsable Servicio

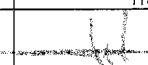
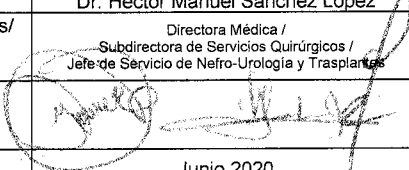
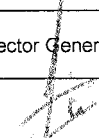




Seña del Establecimiento

Nombre y firma del Responsable del Programa

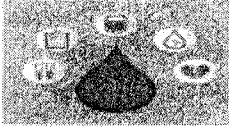
CONF

IDA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 29 de 70

10.10 Requisitos del Donador.



**PUESTO DE SANGRADO Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO**

Bvd. Milenio No. 130, San Carlos La Piedad,
C.P. 37506, León, Guanajuato, México
Contactador: (477) 2472000 Ext. 1501
puestodesangradoleon@gmail.com



Donar sangre es un gesto solidario y una responsabilidad social.

REQUISITOS DEL DONADOR

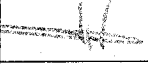
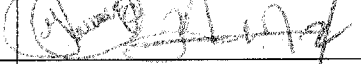

- * Poner identificación oficial.
- * Ser mayor de 18 años y menor de 65 años.
- * Pesar más de 52 kg y medir arriba de 1.46 cm.
- * En las 2 días anteriores no haber ingerido bebidas alcohólicas.
- * 5 días anteriores no haber tomado medicamentos para dolor o inflamación, (aspirina, ketorolaco, ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco o antiinflamatorios). Si se utilizaron otros medicamentos informarlo al personal.
- * Si tomó antibiótico deberán pasar 7 días, después de la última toma.
- * En los 3 días anteriores no haber tenido extracciones dentales o cirugía maxilar.
- * No haber donado sangre en los últimos 2 meses.
- * Mujeres en periodo menstrual no pueden donar, solo en presencia de personal.
- * No usar un tratamiento hormonal o bajo control anticonceptivo, progestacional, pastillas o implantes.
- * No donar embarazada o en lactancia, o justo después parto o aborto dejar pasar 6 meses.
- * No consumir drogas, si se utilizaron, después de su último consumo dejar pasar 6 meses.
- * No haberse realizado tatuajes, perforaciones o tratamientos con acupuntura en el último año.
- * No haber tenido relaciones sexuales de riesgo (prostitución o promiscuidad).
- * No haber hecho transfusiones de sangre y sus derivados en el último año.
- * No haber sufrido accidentes o cirugía mayores en los últimos 6 meses.
- * No haber padecido hepatitis después de los 10 años de edad.
- * No vacunarse en el último mes, solo hepatitis o rabia humana debe pasar 1 año en su última dosis.
- * No padecer epilepsia, cáncer, diabetes, asma, para hipertensión solo se puede donar bajo tratamiento.
- * **No vender su sangre.**
- * No presentar síntomas de presión alta o baja, mantener el día de la donación o herpes labial (fuegos).



RECOMENDACIONES PARA EL DÍA DE LA DONACIÓN

- * **NO DEBEVO, UN DÍA ANTES EVITAR ALIMENTOS GRASOSOS, NO FUMAR Y BEBER DE 3 A 3 LITROS DE AGUA.**
- * Acudir aseado y con manga corta para facilitar descubrir su brazo.
- * Disponer de 2 a 4 horas de tiempo; no traer niños.
- Presentar una copia de la póliza de seguro popular del paciente.**
- * **PARTE QUE NO CUENTE CON SU DONACIÓN COMPLETA, SERÁ OBJETO DE CANCELACIÓN de su donación.**
- * Horario de donación de Leúda: a Viernes primer turno 07:30 hrs en ayuno.
segundo turno 09:30 hrs. ayuno de 4 hrs. (Jugo de naranja o zanahoria y comer fruta).


Citas al tel: 01 477 207 2000 ext 1501 llamar de 11:00 a 14:00 hrs.

Requerimiento de donadores: _____ Sangre _____
Aféresis.


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD B A I L L O</small>	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 30 de 70

10.11 Nota médica.



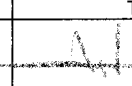

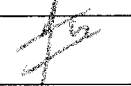
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





Curso Clínico Médico

Paciente:	Cena:
Servicio:	Fecha de Nacimiento:
Médico:	rfic:

H. Regional de Alta Especialidad MILENIO, 1300A, LEÓN, GUANAJUATO. www.hraeb.salud.gob.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD 34110	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 31 de 70

10.12 Solicitud de Estudios de Laboratorio. Hoja 1 de 2.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

Hoja: 31 de 70

CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró: Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda

Revisó: Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López

Autorizó: Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez

Cargo – Puesto: Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal




Cargo – Puesto: Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes



Cargo – Puesto: Director General

Fecha: Junio 2020



Fecha: Junio 2020

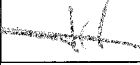


Fecha: Junio 2020



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL		Hoja: 33 de 70

10.13 Nota de egreso hospitalario.

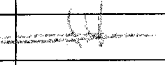

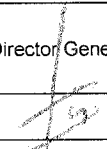
	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO NOTA DE EGRESO	
Nombre:		
Número de Afiliación:		Expediente:
Edad:		Sexo:
Fecha de Ingreso:	Fecha de Intervención:	Fecha de Alta:
		Días de Estancia:
Diagnóstico(s) de Ingreso:		
Diagnóstico(s) de Egreso:		
Diagnóstico CIF:		
Procedimientos:		
Servicio:		
Médico:		
Motivo de Egreso:		
Resumen de la Evolución y Estado Actual:		
Manejo Durante la Estancia Hospitalaria:		
Problemas Clínicos Pendientes:		
Plan de Manejo y Tratamiento:		



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefa de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 34 de 70

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología / Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Marzo 2020	Marzo 2020	Marzo 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 35 de 70

1.0 Propósito



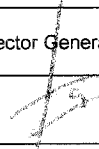
- 1.1 Establecer el proceso de atención médico - quirúrgico en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) del candidato a trasplante renal, ante una alerta de donación de riñón.



2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Enfermería, Subdirección de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Subdirección de Atención al Usuario, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Recursos Materiales, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado y al Comité Interno de Trasplantes (CIT).
- 2.2 A nivel externo aplica al paciente candidato a trasplante renal al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), a la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), Centro Estatal de Trasplantes (CEETRA), Hospitales de Referencia y Organismos Acreditadores.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

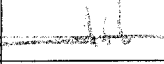
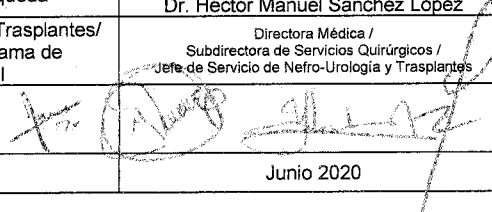

- 3.1 El Hospital donante deberá proporcionar la información necesaria para la validación del órgano al Coordinador de Donación y Trasplantes del HRAEB. (Ver Anexo 10.1 Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador).
- 3.2 El Cirujano de Trasplante Renal, será el responsable en determinar la compatibilidad de grupos sanguíneos, funcional, antropométricos y de oportunidad entre el donante fallecido y los potenciales receptores registrados en el Sistema Informático de Registro Nacional de Trasplantes (SIRN) dependiente del CENATRA, guiado por los Lineamientos para la asignación de riñones de origen cadavérico con fines de trasplante.
- 3.3 El Coordinador de Donación y Trasplantes en conjunto con el médico responsable del Programa de Trasplante Renal, deberán verificar la factibilidad del trasplante con las Jefaturas de los Servicios de Pediatría, Medicina Interna, Anestesia, Quirófano, Nefro-urología, Enfermería, Área de Laboratorio y Puesto de Sangrado.
- 3.4 El Coordinador de Donación y Trasplantes del HRAEB, deberá informar vía telefónica al Coordinador de Donación del Hospital donante, la aceptación o rechazo del órgano propuesto.
- 3.5 El CIT, previa presentación del caso por parte del responsable del programa de trasplante renal, es el responsable de la asignación del riñón en el caso de donante fallecido y aprobación



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 36 de 70

del trasplante en caso de donante vivo, quedando asentado en la minuta de la reunión que se realiza para tal fin.

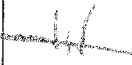
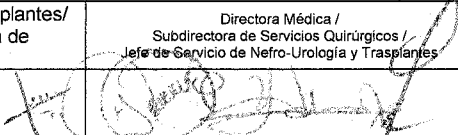

- 3.6 Los pacientes programados para cirugía de trasplante renal, deberán estar a cargo del Médico Cirujano Especialista en Trasplante Renal.
- 3.7 El Personal de Gerencia Social y de Enfermería, deberán realizar lo establecido en el HRAEB-SDE-MPAH-IH-02 Procedimiento de ingreso a hospitalización, exceptuando los requisitos del expediente clínico en su parte física, indicaciones médicas y solicitud de estudios preoperatorios que se gestionarán una vez que el paciente ya se encuentre hospitalizado.
- 3.8 El Servicio de Pediatría o Medicina Interna, según corresponda, serán los encargados de elaborar la nota de ingreso a hospitalización, solicitar los estudios preoperatorios establecidos, cumplimentar el proceso de los consentimientos de hospitalización y para la transfusión de hemoderivados. (Ver Anexo 10.2 Nota de ingreso Hospitalización, 10.3 Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización, 10.4 Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados y 10.5 Solicitud de Transfusión).
- 3.9 El Servicio de Pediatría o Medicina Interna, según corresponda, solicitarán los siguientes estudios preoperatorios al ingreso del paciente a hospitalización:
- Tele de Tórax. (Ver Anexo 10.10 Solicitud de Imagenología).
 - Biometría Hemática Completa.
 - Tiempo de Protrombina con INR, Tiempo de Tromboplastina Parcial (TTP).
 - Glucosa, urea, creatinina.
 - Sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo y magnesio.
 - Serología viral si el paciente recibe hemodiálisis en unidad externa al hospital
 - Estudio citológico del líquido de diálisis peritoneal en caso de recibir diálisis por esta vía.
- 3.10 El Servicio de Anestesiología, será el responsable de la valoración pre-anestésica y cumplimentar el proceso de consentimiento anestésico. (Ver Anexo 10.6 Formato de Consentimiento Anestésico).
- 3.11 El médico responsable del Programa de Trasplante Renal debe prever el suministro de insumos para quirófano en coordinación con la Subdirección de Recursos Materiales, Subdirección de Atención en Quirófanos y Medicina Crítica y Subdirección de Atención Hospitalaria. (Ver Anexo 10.7 Hoja de Consumo en Quirófano).
- 3.12 El Personal Quirúrgico Multidisciplinario, deberá estar conformado por el Personal Médico adscrito y residente quirúrgico - anestésico, así como el Personal de Enfermería Quirúrgica y Enfermera General que tenga funciones de enfermera circulante.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 37 de 70

- 3.13 El Personal Quirúrgico Multidisciplinario, deberá solicitar el traslado del paciente post trasplantado de riñón a la Unidad de Terapia Intensiva, previo aviso a la Unidad en caso de ser necesario.



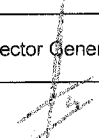
COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 38 de 70

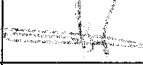
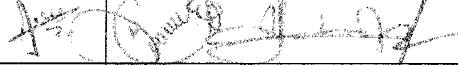

4.0 Descripción del procedimiento



Etapa 1.0 Recepción de alerta de donación	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>1.1 Recibe por vía telefónica la alerta de potencial donante y sus características clínicas y paraclínicas, de acuerdo con la política 3.1.</p> <p style="text-align: center;">¿El potencial donante se encuentra en el HRAEB?</p> <p>Si: Pasa a etapa 4.0 No: Envía información del potencial donante al médico especialista para verificar la compatibilidad, como se menciona en la política 3.1. Pasa a etapa 2.0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. 	
Etapa 2.0 Validación del potencial donante	Responsable: Cirujano de Trasplante Renal
<p>2.1 Verifica y valida la información del potencial donante, según la política 3.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. <p style="text-align: center;">¿Se acepta órgano?</p> <p>Si: Pasa a etapa 3.0 No: Informa al Coordinador de Donación y Trasplantes el rechazo del órgano, para su notificación al Hospital donante, como se indica en la política 3.4.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 3.0 Verificación de cama, personal e insumos	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes y Médico Responsable del Programa
<p>3.1 Verifica en conjunto con los servicios involucrados la factibilidad del trasplante, de acuerdo con la política 3.3.</p> <p style="text-align: center;">¿Existe cama, personal, hemoderivados e insumos para realizar el trasplante?</p> <p>Si: Pase a etapa 5.0 No: Notifica al Hospital donante, el rechazo del órgano propuesto, como se indica en la política 3.4.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 4.0 Gestión de procuración de órgano	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>4.1 Realiza el PR – DM – SSQ – JSNTR – CT – 01 Procedimiento que guía la procuración de órganos y/o tejidos con fines de trasplantes.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

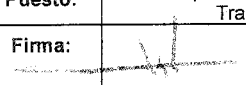
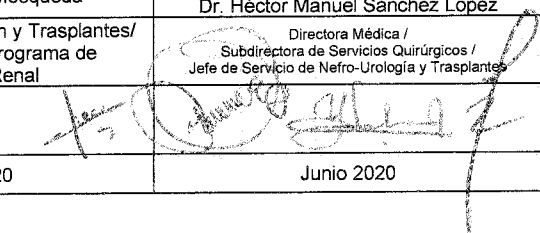
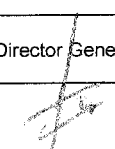
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 39 de 70



Etapa 5.0 Preparación de expedientes del donante y receptores	Responsable: Cirujano de Trasplante Renal
<p>5.1 Requisita el expediente del potencial donante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expediente de potencial donante. <p>5.2 Prepara expedientes de potenciales receptores para ser presentada ante el CIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expedientes de potenciales receptores. 	
Etapa 6.0 Asignación del órgano	Responsable: CIT
<p>6.1 Analiza los expedientes del donante y receptores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Expedientes de potenciales receptores. Expediente de potencial donante. <p>6.2 Asigna el órgano de acuerdo con los lineamientos para la asignación de riñones de origen cadavérico con fines de trasplante (LI-DM-SSQ-JSNTR-CT-01).</p>	
Etapa 7.0 Elaboración de minuta	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>7.1 Elabora la minuta de la sesión extraordinaria del CIT.</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta. <p>7.2 Recaba firmas en la minuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta. <p>7.3 Resguarda la minuta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Minuta. 	
Etapa 8.0 Gestión de la hospitalización del receptor	Responsable: Coordinador de Donación y Trasplantes
<p>8.1 Solicita vía telefónica al Personal de Gerencia Social, la localización de los potenciales receptores para su hospitalización.</p> <p>8.2 Informa vía telefónica al personal involucrado en el Programa de Trasplante Renal, el ingreso del paciente receptor.</p>	
Etapa 9.0 Hospitalización del receptor	Responsable: Personal de Gerencia Social y Personal de Enfermería
<p>9.1 Efectúan lo indicado en el HRAEB-SDE-MPAH-IH-02 Procedimiento de ingreso a hospitalización, de acuerdo con la política 3.11.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

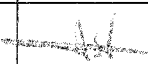
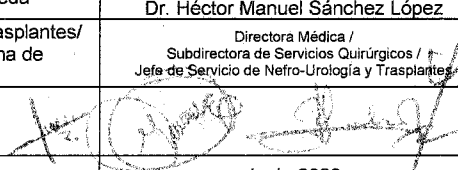

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 40 de 70



Etapa 10.0 Atención médica al ingreso a Hospitalización	Responsable: Personal Médico Residente de Pediatría o Medicina Interna
<p>10.1 Elabora nota de ingreso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de Ingreso Hospitalización. <p>10.2 Solicita estudios de laboratorio y paraclínicos pre-operatorios de protocolo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Estudios de Laboratorio. • Solicitud de Imagenología. <p>10.3 Requisita consentimientos informados de hospitalización y de transfusión de hemoderivados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. • Carta de Consentimiento Informado de Hospitalización. <p>10.4 Verifica la disponibilidad de hemocomponentes para el trasplante renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Transfusión. 	
Etapa 11.0 Preparación pre-operatoria	Responsable: Cirujano de Trasplante Renal
<p>11.1 Elabora la LEQ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de inclusión en LEQ. <p>11.2 Cumplimenta el proceso del consentimiento informado específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento Informado Específico. <p>11.3 Elabora solicitud de transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Transfusión. 	
Etapa 12.0 Solicitud de traslado del paciente a quirófano	Responsable: Personal de Enfermería de Recuperación
<p>12.1 Solicita vía telefónica al personal de Enfermería de Hospitalización, el traslado del receptor a quirófano.</p>	
Etapa 13.0 Verificación pre-operatoria	Responsable: Personal de Enfermería de Hospitalización
<p>13.1 Verifica el cumplimiento de las indicaciones pre-operatorias.</p> <p>13.2 Integra al expediente la documentación requisitada durante la hospitalización del receptor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. • Carta de Consentimiento Informado Específico. • Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. • Formato de Consentimiento Informado Anestésico. 	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

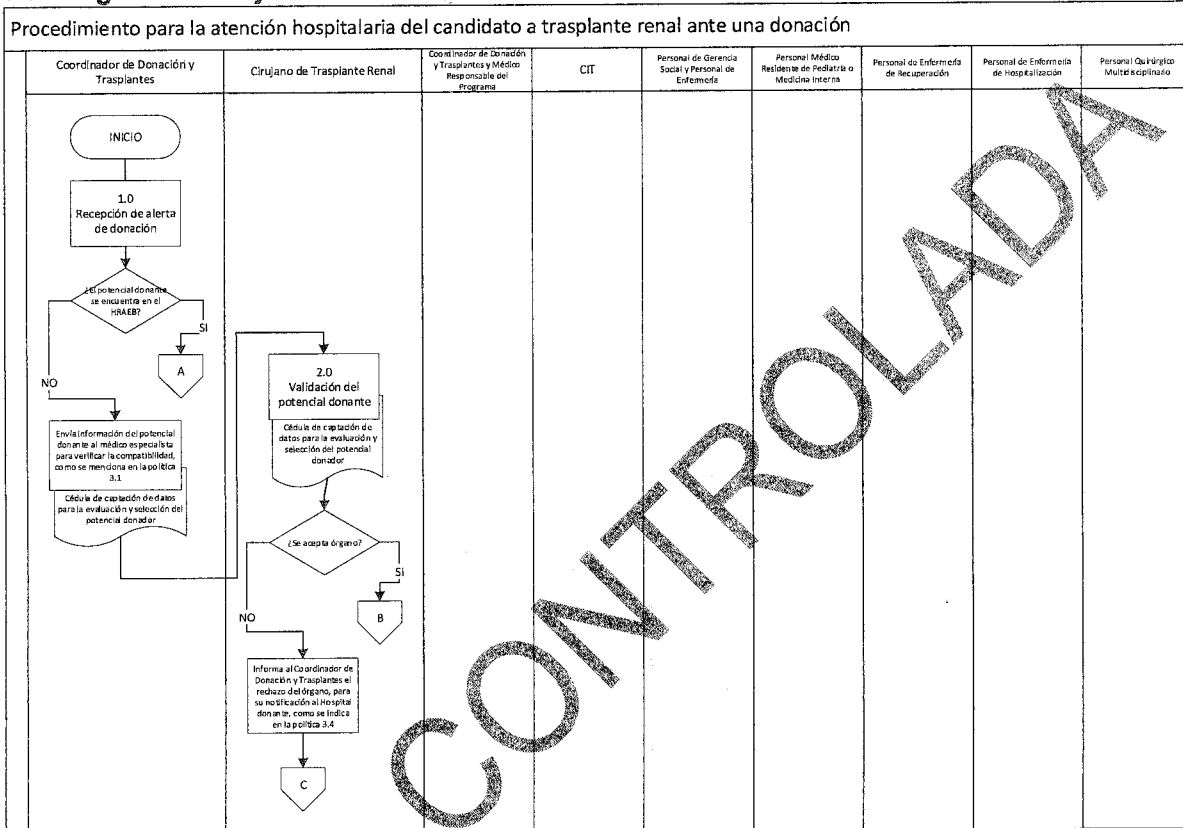
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD BALBOA</small>	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 41 de 70

13.3 Solicita el traslado del paciente, al personal de camillería.	
Etapa 14.0 Ingreso del paciente receptor a quirófano	Responsable Personal de Enfermería de Recuperación
14.1 Recibe al paciente de parte del camillero.	
14.2 Verifica la documentación del receptor. <ul style="list-style-type: none"> • Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. • Carta de Consentimiento Informado Específico. • Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. • Formato de Consentimiento Informado Anestésico. 	
14.3 Instala al paciente en recuperación prequirúrgico.	
14.4 Realiza monitorización básica y continua del paciente.	
14.5 Realiza registros específicos en quirófano. <ul style="list-style-type: none"> • HRAEB – SE – 031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. 	
Etapa 15.0 Atención del receptor en quirófano	Responsable: Personal Quirúrgico Multidisciplinario
15.1 Atiende al receptor de acuerdo con el HRAEB-PR-DM-SSQ-JSQ-02 Procedimiento para la atención de pacientes quirúrgicos, a partir de la etapa 15.0 a etapa 21.0.	
TERMINA PROCEDIMIENTO	

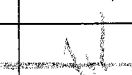
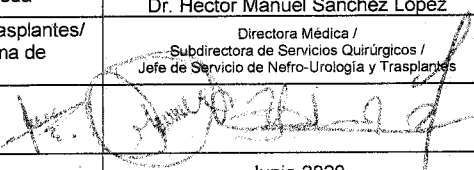

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 42 de 70

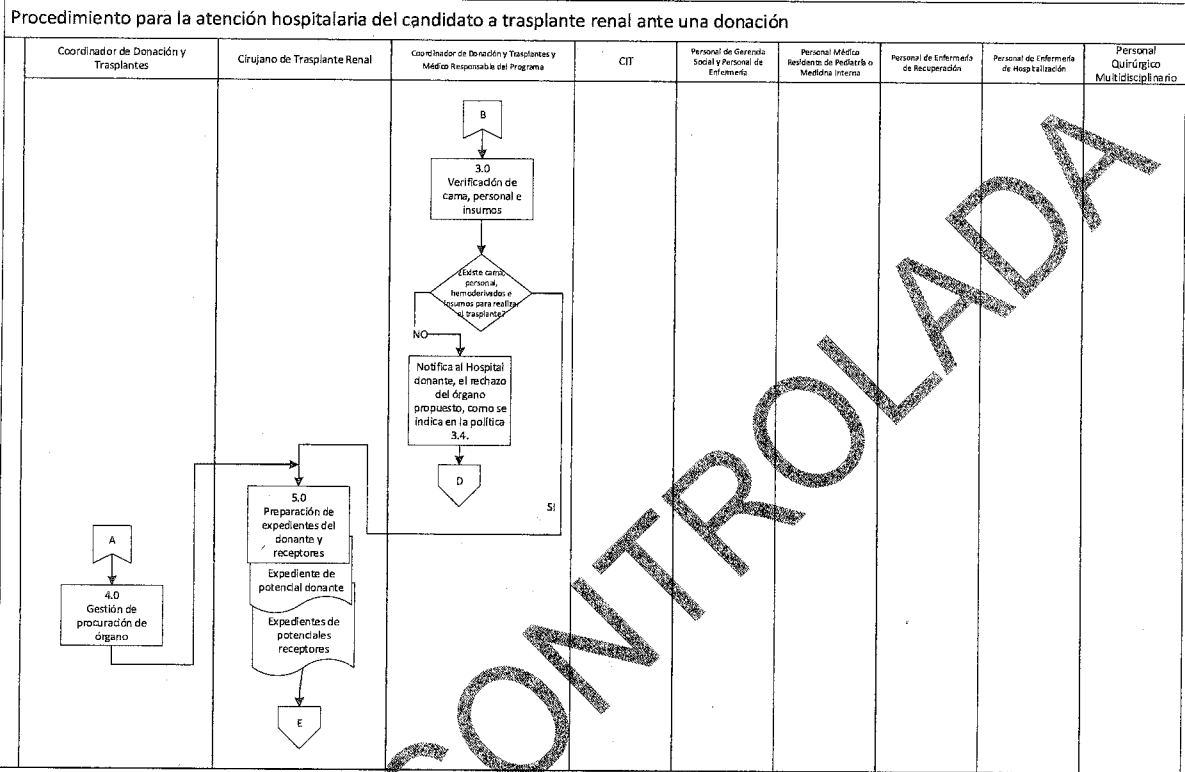
5.0 Diagrama de flujo



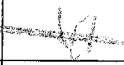

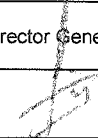
COPIA

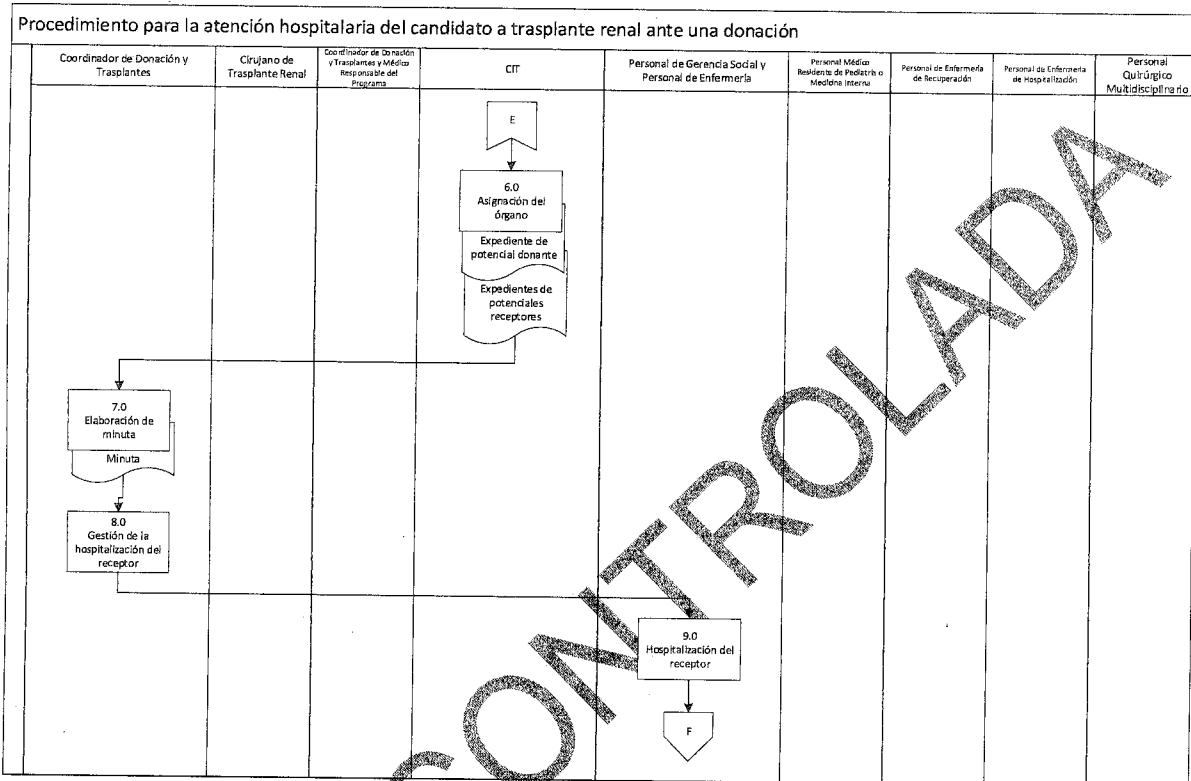
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 43 de 70


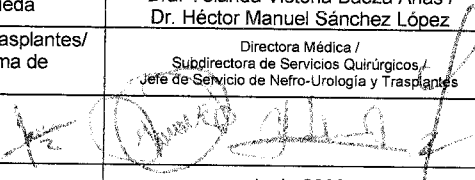
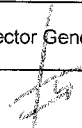




COPIA CONTROLADA

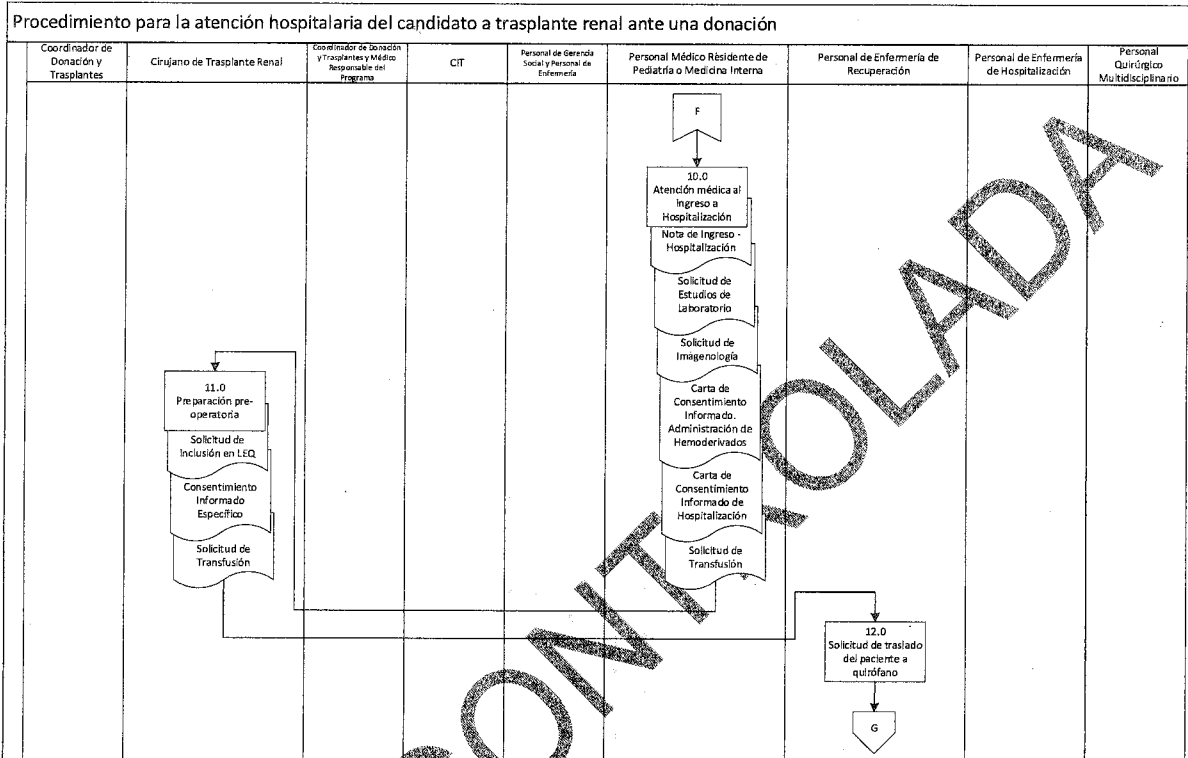
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



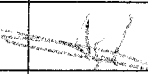
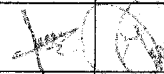
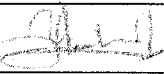
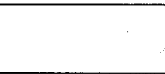

COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

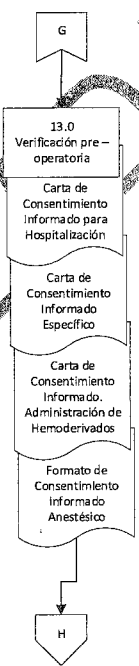
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 45 de 70



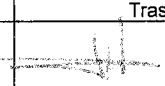
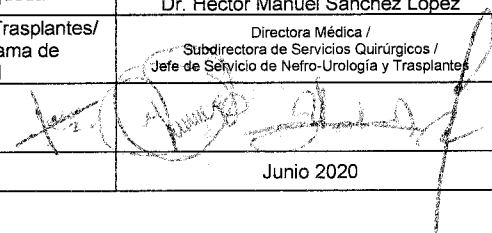
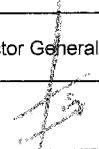
COPIA CONTROLADA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:		  	
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

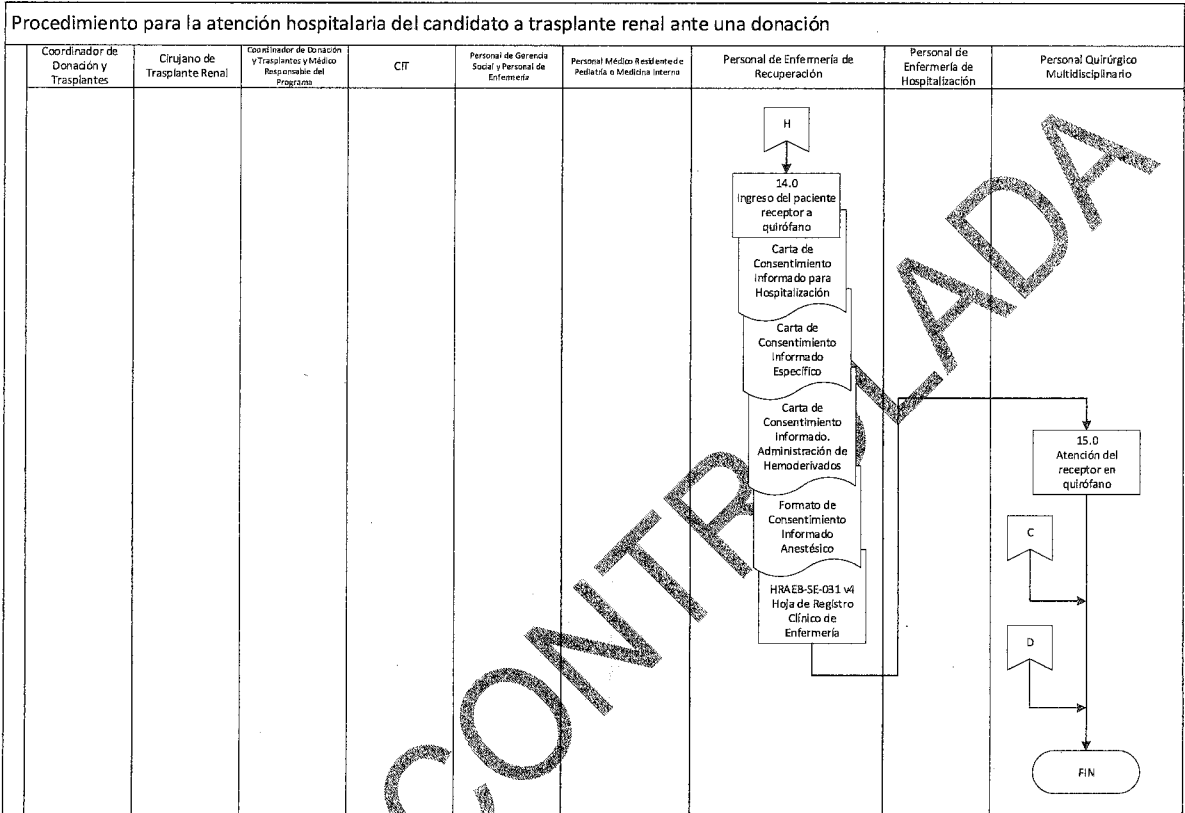
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 46 de 70




Procedimiento para la atención hospitalaria del candidato a trasplante renal ante una donación								
Coordinador de Donación y Trasplantes	Cirujano de Trasplante Renal	Coordinador de Donación y Trasplantes y Médico Responsable del Programa	CIT	Personal de Gerencia Social y Personal de Enfermería	Personal Médico Residente de Pediatría o Medicina Interna	Personal de Enfermería de Recuperación	Personal de Enfermería de Hospitalización	Personal Quirúrgico Multidisciplinario
								

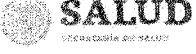

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 47 de 70



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 48 de 70

6.0 Documentos de referencia

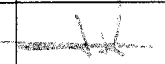
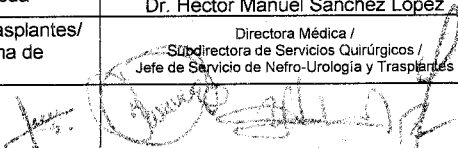

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Publicado en el D.O.F., el 15 de octubre de 2012.	No Aplica
Ley General de Salud. Publicado en el D.O.F., el 7 de febrero de 1984, hasta su última reforma.	No Aplica
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de trasplantes. Publicado en el D.O.F., el 26 de Marzo de 2014.	No Aplica
Guía de Práctica Clínica de Trasplante Renal. Publicado en la Normateca Interna el 18 de junio de 2014.	No Aplica
Lineamientos para la asignación de riñones de origen cadavérico con fines de trasplante.	LI-DM-SSQ-JSNTR-CT-01



7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Minutas del CIT	5 años	Coordinación de Donación y Trasplantes	No Aplica
Expediente Clínico	Indefinido	Subdirección de Tecnologías de la Información / Área de Archivo Clínico	No Aplica

8.0 Glosario

- 8.1 Alerta de Donación:** Aviso que da un hospital sobre la existencia de un donante de órganos y/o tejidos.
- 8.2 Antropometría:** Es el tratado de la proporciones y medidas del cuerpo humano.
- 8.3 Compatibilidad:** El grado de semejanza genética entre los individuos que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría o aquellos necesarios, atendiendo al órgano, tejido o célula de que se trate, y al avance científico, previniendo el riesgo de rechazo del órgano, tejido o células trasplantadas.
- 8.4 Expediente Clínico:** Es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular diagnósticos médicos, establecer tratamientos y planificar los cuidados de enfermería.
- 8.5 Hemocomponentes:** Componentes resultantes de procedimientos de extracción, separación, preparación, conservación y transporte de la sangre.


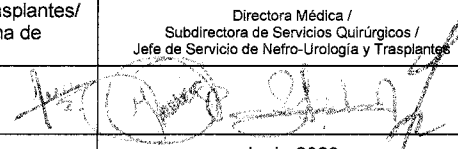
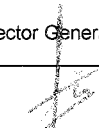
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 49 de 70

- 8.6 Hoja de Consentimiento informado:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento con fines anestésicos o quirúrgico. Esta carta se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no se concluya el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- 8.7 Hospital de Referencia:** Dícese del hospital que envía a un paciente para su atención a otro hospital de mayor complejidad de atención.
- 8.8 Hospital Donante:** Término dado al hospital donde se genera una donación de órganos y/o tejidos.
- 8.9 Insumos:** Bien de cualquier clase empleado en la producción de otros bienes.
- 8.10 Lista de Espera Quirúrgica (LEQ):** Todos los pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico aceptado por el paciente y para cuya realización se tiene prevista la utilización de quirófano.
- 8.11 Organismo Acreditador:** Equipo de expertos en la acreditación de una organización de salud capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional.
- 8.12 Procuración:** Conjunto de prácticas y procedimientos tendientes a contar con órganos y tejidos para ser trasplantados en pacientes que lo necesitan.


9 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	No Aplica	Actualización de las políticas de operación, descripción del procedimiento y anexos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

10 Anexos

10.1 Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. Hoja 1 de 2.



gto
gobierno de Puerto Rico
Secretaría de Salud

COORDINACION MÉDICA DE DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE.
 Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:			
Nombre:	NSS:		
Sexo: M () F ()	Etnia:	Edu. Civil:	Religión:
Servicio:		Numero de Cama:	Fecha ingreso:
Diagnóstico ingreso:		Fecha y Hora de certificación:	
Diagnóstico pérdida de la vida:		Caso Médico Legal Si () No ()	
Agencia que tomó conocimiento:		Nombre del agente de RIP:	

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES		COMENTARIO	
Malformaciones congénitas	SI () NO ()		
Neoplasias	SI () NO ()		
Diabetes	SI () NO ()		
Hipertensión	SI () NO ()		
Cardiopatías	SI () NO ()		
Hemostáticas	SI () NO ()		
Inmunológicas	SI () NO ()		
Otros:			


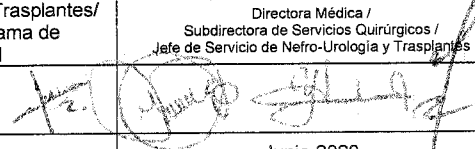

FACTORES DE RIESGO		COMENTARIO	
Múltiples parejas sexuales:			
Tatuajes o piercings:			
Estancia en prisión:			
Tobaquismo:			
Alcoholismo:			
Drogas:			
Lugar de trabajo:			
Inmunizaciones:			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS			
Respirados:	SI () NO ()	Hepatitis viral:	SI () NO ()
Diabetes mellitus:	SI () NO ()	Enf. Respiratorias:	SI () NO ()
Hipertensión arterial:	SI () NO ()	Infecciones del TME:	SI () NO ()
Hemostáticas:	SI () NO ()	Enfermedades neurológicas:	SI () NO ()
Cirugías previas:	SI () NO ()	Parásitos: TUB, Tripan, Escherichia, Quilnesis, etc:	SI () NO ()
Nefropatía:	SI () NO ()	Infección actual (en los últimos 6 meses):	SI () NO ()
Cardiopatía:	SI () NO ()	Anticoagulantes:	SI () NO ()


Centro Estatal de Trasplantes
 Narraño 100 Col. Los Limones C.P. 37448, León, Gto., Tel. 01(477) 7072476 Fax. 01(477)7072479 transplantes@sjgpanajuaro.gob.mx
salud.gemsa.gob.mx

COPIA

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

Cédula de captación de datos para la evaluación y selección del potencial donador. Hoja 2 de 2.



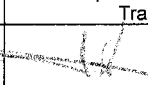


Secretaría de Salud



EXAMEN GENERAL Nombre: _____ Fecha: _____ Talla: _____ P. Sistólica: _____ P. Diastólica: _____	EXAMEN GENERAL OTRAS Temperatura: _____ Frecuencia: _____ Presión: _____ Ritmo: _____ Color: _____															
SIGNOS VITALES Hora: _____ T/A: _____ P/AR: _____ FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ SAT O2: _____ GR: _____ PVC: _____	Geometría arterial Hora: _____ PI: _____ P/AR: _____ P/AR: _____ HTA: _____ T. R. M.: _____ T. R. C.: _____															
Bioquímico Hora: _____ Glucosa: _____ BUN: _____ Urea: _____ Creatinina: _____ Electrolitos: _____ ASAT: _____ S. total: _____ S. indirecta: _____ B. directa: _____ TGO: _____ TGP: _____ GPT: _____ GPT: _____ F. ácido: _____ CPK: _____ Creatinina MB: _____ Transaminasas: _____ Sarcosina: _____	Laboratorio Hematológico Hora: _____ Hemoglobina: _____ Hematocrito: _____ V.S.G.: _____ Leucocitos: _____ Segmentados: _____ Plaquetas: _____ F. R.: _____ T. R. M.: _____ T. R. C.: _____ Grupo y Rh: _____															
Líquidos y secreciones Hora: _____ Orina: _____ Heceles: _____ Esputos: _____ Cerebro: _____ Fisiología: _____ Diagnóstico: _____	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>CULTIVO</th> <th>FECHA</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hemocultivo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Urocultivo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Secreciones</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cateter</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CULTIVO	FECHA	RESULTADO	Hemocultivo			Urocultivo			Secreciones			Cateter		
CULTIVO	FECHA	RESULTADO														
Hemocultivo																
Urocultivo																
Secreciones																
Cateter																
Panel Viral Fecha: _____ Hora: _____ VIH: _____ Hepatitis: _____ Hepatitis: _____ CMV: _____																

Centro Estatal de Trasplantes
 Carretera 101 Cpt. Los Liberos C.P. 27448, León, Gto. Tel. 01(477) 7092470 Fax. 01(477) 7072479 correo:ceptr@guatemala.gob.gt
 salud.guatemala.gob.gt



COPIA

IDA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 52 de 70

10.2 Nota de Ingreso – Hospitalización. Hoja 1 de 3.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL SALUD

NOTA DE INGRESO - HOSPITALIZACIÓN

Nombre del paciente: _____ Número de expediente: _____

Proceso clínico: _____ Fecha y hora: _____

Motivo de ingreso: _____

Exámenes recibidos: _____

Antecedentes: _____

Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso:

SEÑALES VITALES

Temperatura: _____
 Presión arterial: _____
 Pulso: _____
 Frec. Respiratoria: _____
 Peso: _____
 Talla: _____

Problemas clínicos: _____

Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:

Diagnósticos presuntivos:
(Diagnóstico Principal): _____

Plan de manejo y estudios complementarios de ser necesario:

Tratamiento: _____

Dieta recomendada: _____

Pronóstico: _____

Guías de Práctica Clínica: _____

AOP.4 EVALUACIÓN DEL DOLOR




¿Siente dolor?: En caso de dolor, indique tratamiento y solicite a enfermería evaluación de siguiente:



FRECUENCIA/HORA	UBICACIÓN	TIPO DE DOLOR	INTENSIDAD	INTENSIDAD		
				0	1	2
Notar 1				[Barra]	[Barra]	[Barra]
Notar 2						
Notar 3						

AOP.6 EVALUACIÓN DE VALORES, COSTUMBRES Y CREENCIAS

COPIA

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

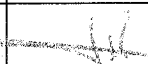
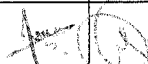

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 53 de 70

Nota de Ingreso – Hospitalización. Hoja 2 de 3.

¿Cuál es su religión?			
¿Su religión le impone algún tipo de tratamiento?	<input type="checkbox"/> Especifique:		
¿Debes solicitar asistencia espiritual?	<input type="checkbox"/> Especifique:		
¿Tiene alguna costumbre que considere importante que tengamos en cuenta para su atención?	<input type="checkbox"/>		
¿Tiene alguna costumbre que considere importante que tomemos en cuenta para su atención?			
AOP.7 EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICO			
Violencia:	Depresión:		
Idiosincrasia:	Alocuciones:		
AOP.8 EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO NUTRICIONAL			
Paciente con IMC menor de 20.5 o mayor de 30 kg/m ² (IMC = Peso(Kg) / Talla(m) ²)	<input type="checkbox"/>		
Paciente que ha perdido más del 5 al 10% de su peso en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>		
Paciente que ha reducido más del 50% de su ingesta en la dieta durante la última semana	<input type="checkbox"/>		
Paciente grave	<input type="checkbox"/>		
Paciente menor de 3 años con perímetro braquial menor a 110 mm	<input type="checkbox"/>		
Paciente recién trasplantado	<input type="checkbox"/>		
Paciente hospitalizado, post-operado de cirugía bariátrica	<input type="checkbox"/>		
Paciente con gastrostomía	<input type="checkbox"/>		
AOP.9 EVALUACIÓN ESPECIALIZADA ADICIONAL			
Paciente con fiebre y neutropenia	<input type="checkbox"/>		
Paciente con choque séptico	<input type="checkbox"/>		
Paciente al que se le prescribe cualquier antimicrobiano de uso controlado	<input type="checkbox"/>		
Paciente que ingresa a terapia intensiva por proceso infeccioso	<input type="checkbox"/>		
Paciente posttrasplante de órgano sólido o médula ósea que ingresa por proceso infeccioso	<input type="checkbox"/>		
AOP.6 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN			
MEDICAMENTOS PRESCRITOS DE USO CRÓNICO			
¿Uso de medicamentos prescritos para uso crónico?	<input type="checkbox"/>		
Principio activo	Dosis Prescrita	Fecha Inicio	Fecha Última Administración
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
AUTOMEDICACIÓN Y MEDICAMENTOS OTC			

COR

IDA


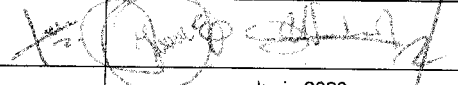

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



Nota de Ingreso – Hospitalización. Hoja 3 de 3.

<input type="checkbox"/> Prácticas de automedicación y medicamentos OTC?				
Principio Activo	Nombre Fr. Uso	Dosis Prescrita	Fecha última Administración:	
1.-				
2.-				
3.-				
DROGAS, REMEDIOS HERBOLARIOS, TÉ Y SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS				
<input type="checkbox"/> Uso de drogas, remedios herbolarios, té y suplementos alimenticios?				
Producto	Motivo de Uso	Cuánto Toma?	Fecha Inicio	Fecha Fin
1.-				
2.-				
3.-				
Género Documento: Cédula Médica:				

COPIA

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD B A I L O	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 56 de 70

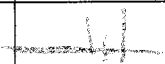


Carta de Consentimiento Informado para Hospitalización. Hoja 2 de 2.

escriba el nombre, título o representante legal, del su consentimiento

TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
--	--

COPIA

COPIA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 57 de 70

10.4 Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Hoja 1 de 2.

	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS	
CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD, ARTÍCULO 77 BIS, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-064-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (FRACCIONES 10.1.1 A LA 10.1.4)		
Nombre del (de la) paciente:		No. Expediente:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha y hora:
<p>Acepto que el/la médico/a que es mi médico tratante, me ha explicado a mi entera satisfacción, en forma clara y entendible mi padecimiento, informándome que mi Diagnóstico de ingreso es:</p> <p>Y que para su resolución se requiere de la realización del siguiente Procedimiento: "Administración de Hemoderivados."</p> <p>Sabiendo anteparamente que el procedimiento señalado consiste en: "realizar una técnica de asepsia y antisepsia, selección de una vena para su permeabilidad y canalizarla con un punteado o catéter venoso central. A través de este veta permeable, técnica de asepsia y antisepsia, colocación de un equipo de transfusión sanguínea con filtro para adulto o pediatra de acuerdo a la edad del paciente, se administrará sangre y/o sus derivados sanguíneos".</p> <p>Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento, es por ello que otorgo mi más amplio consentimiento en que se me realice el mismo, sabiendo que los beneficios de dicho procedimiento son: Mejorar las condiciones clínicas del paciente manteniendo sus niveles sanguíneos bajos y el estado de choque hipovolémico, aumentando los niveles de hemoglobina y hematocrito del paciente, liberación de oxígeno para mantener los órganos vitales, producción de anticuerpos, ayudar a las funciones de la coagulación, proporcionar agua, proteínas, electrolitos, hidratos de carbono, colesterol, hierro y vitaminas.</p> <p>Así mismo, estoy consciente (a) y bajo la comprensión de que el procedimiento implica los siguientes riesgos y complicaciones inmediatas o tardías:</p> <p>Posibles Riesgos: (Irritación; anafilaxia; fiebre; hipervolemia; insuficiencia cardíaca; edema pulmonar agudo; toxicidad al citrato; hemólisis; sensibilización a antígenos; enfermedad injerto contra huésped; púrpura posttransfusional; síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y muy raramente transmisión de enfermedades infecciosas y sepsis).</p> <p>Riesgos personalizadas (mencionar en base a las características clínicas específicas del paciente): Anemia, enfermedad cardiovascular, miopresión.</p> <p>Afirmo que el médico me ha explicado sobre mi derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes de la intervención y que existen las siguientes procedimientos alternativos: En caso de pérdida aguda y profusa de sangre del paciente, la única alternativa de apoyo al tratamiento será la administración de sangre y sus derivados. En casos de pacientes estables (no emergentes) se puede administrar parenteral o intramuscular: líquidos, ringer lactato, haemacel, eritroyectina y hierro dextrán.</p> <p>Con el propósito de que mi atención sea segura, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.</p> <p>Si el médico identifica algún padecimiento diferente o no sospechado o alguna urgencia derivada del acto médico señalado, le Otorgo Mi Autorización para que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario, atendiendo al principio de libertad, prescriptiva y ética profesional.</p> <p>Estoy enterado (a) de que: "No Existe Garantía Ni Seguridad Sobre Los Resultados Del Procedimiento" y que es posible que pueda no curar mi enfermedad o presentar los siguientes Problemas Durante Mi Recuperación: Mareos, náuseas, fiebre, miso, fatiga, urticaria.</p> <p>Entiendo (a) de todo lo anterior y una vez que me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento propuesto por mi médico tratante, otorgo y firmo el presente consentimiento.</p>		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL (DE LA) PACIENTE		NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE
<i>"Si no pudiera firmar el paciente por su condición física o por su menor de edad: FAMILIAR, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL con fundamento en los artículos 80, 81, 82 y 83 del reglamento de la Ley General de Salud."</i>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

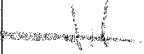
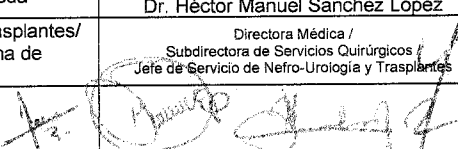

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 58 de 70

Carta de Consentimiento Informado. Administración de Hemoderivados. Hoja 2 de 2.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	
TESTIGO 1 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	TESTIGO 2 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

COPIA

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 59 de 70

10.5 Solicitud de Transfusión.

SALUD | **HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO**
 Miérida No. 138 Col San Carlos la Rancha, León, Gto.
 Tel (477) 267 2000

No. 50252

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Expediente: _____ Sexo: _____
 Servicio: _____ Hospital Cama: _____ Tipo de Sangre: _____
 Diagnóstico: _____ Dx. Américo: si / no
 Signo de Sangrado: _____ S. Vitales: T/A _____ Pulso _____ Temp. _____
 Tipo de Cirugía: _____ Transfusiones previas: si / no última: _____
 Reac. pos-transfusionales: Si / No Embarazos Previos: Si / No último: _____
 Anticuerpos Anti VIH: Fecha: _____
 Laboratorio HGB/HTC: _____ TP _____ TTP _____ PLO _____ Fibrinógeno _____
 Solicite (No. unidades) CE _____ PFC _____ CP _____ Crio _____
 Nombre completo de quien solicita: _____ Fecha y Hora: _____
 Recibió Solicitud: _____ Fecha y Hora: _____
 Original Banco de Sangre _____

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
 Miérida No. 138 Col San Carlos la Rancha, León, Gto.
 Tel (477) 267 2000

Paciente: _____
 Hospital: _____ 50252

Unidad o Volumen transfundido de:
 1. CE _____ 4. Adreasa _____
 2. PFC _____ 5. Crio _____
 3. CP _____

REACCIONES (Señale con una cruz)
 Grado I (Ninguna) _____
 Grado II (Urticaria) _____
 Grado III (Fiebre) _____
 Grado IV (Escalofrío intenso) _____
 Grado V (Colapso, cianosis, diáfores, dolor) _____
 T. inicial _____ T. final _____
 Firma del Médico o Enfermero _____

Devolver a Banco de Sangre _____

PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD

Nombre del Paciente: _____ Tipo de Sangre: _____

	Peso Unidades	Producto	Volumen	Grupo Sanguíneo	Nombre Donador	Resultado

Autocancel: _____ Realizó Pruebas de Compatibilidad: _____
 Fecha y Hora: _____

DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES PARA DESECHO

FECHA: ____/____/____ HORA: ____/____

TIPO DE COMPONENTE:
 CE _____ PFC _____ Plaquetas _____

FOLIO DEL COMPONENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____



SERVICIO QUE DEVUELVE: _____

CAUSA DE LA DEVOLUCIÓN: _____



NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____
 Indispensable el llenado completo para su aceptación

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 60 de 70

10.6 Formato de Consentimiento Anestésico.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA O PROCEDIMIENTO Y ALTERNATIVAS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO

Nombre del Paciente: _____ **Edad:** _____
Procedimiento: _____ **Fecha y Hora:** _____

En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo a los médicos del servicio de anestesiología de este Hospital Regional de Alta Especialidad del BAJO la administración de los medicamentos y la realización de los maniobras necesarias sobre mi cuerpo para producir y mantener el estado de anestesia, después de que se me ha explicado lo suficiente para entender el evento y ACEPTO la realización de uno o más de los procedimientos que se describen a continuación, como los más adecuados para mi caso.

ANESTESIA GENERAL: Con medicamentos que producen inconsciencia y anestesia durante el procedimiento los cuales son administrados por vía intravenosa controlada.

ANESTESIA REGIONAL: Es la anestesia de una parte anatómica del cuerpo mediante el bloqueo de los nervios, el cual permite el procedimiento quirúrgico solicitado el dolor. Además de prolongar el efecto después del procedimiento y proporcionar alivio del dolor adicional.

ANESTESIA LOCAL: Anestesia de cualquier parte de la piel, ojos, nariz, garganta u otra parte del cuerpo con inyección mínima y la administración adicional de sedantes.

Estoy consciente que la administración de anestésicos produce efectos secundarios secundarios tales como: náuseas, vómito, dolor de cabeza, dolor de espalda, somnolencia transitoria y prolongada de alguna parte del cuerpo, fatiga, dolor de garganta, dolor de los músculos del cuerpo e hinchazón de los ojos, trastornos en la función de hígado y alteraciones severas a los medicamentos empleados. En casos extremos puede haber daño cerebral permanente, choque al corazón, aparición de material de coágulo en el sistema y reducir la movilidad.

Algunas otras complicaciones mayores de acuerdo al procedimiento anestésico-quirúrgico como pueden ser: daño en los ojos, nariz, dientes, cuerdas vocales, membranas, incontinencia urinaria de alguna zona anestesiada, resaca de extremos durante la operación, lesiones en las venas y arterias del cuerpo, trastornos en la función de hígado y alteraciones severas a los medicamentos empleados. En casos extremos puede haber daño cerebral permanente, choque al corazón, aparición de material de coágulo en el sistema y reducir la movilidad.

Los riesgos mencionados dependen principalmente de la salud de la persona y de la magnitud de la operación y pueden ocurrir en cualquier tipo de anestesia.

Declara que ha leído, entendido, leído con atención y aprobado por el anestesiólogo, la siguiente información:

1. Todos los riesgos que he tenido.
2. Todos los riesgos que he tenido y el curso de los mismos.
3. Cualquier riesgo.
4. Todos los medicamentos que he recibido los últimos tres meses.
5. Todo lo que suena ha preguntado lo ha contestado con la verdad.
6. Cualquier riesgo adicional en el caso de que mi operación sea programada.

En caso de estar embarazada, entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y el estado de anestesia puede afectar negativamente mi embarazo y podría provocar un parto prematuro.

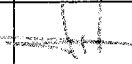

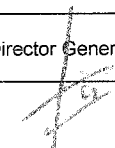
Entiendo la posibilidad de que mi operación se retrase o incluso se suspenda por causas propias a la dinámica del quirófano o causas de fuerza mayor (algunas).



Después de que se me explicó con claridad y he entendido los riesgos y posibles complicaciones anestésicas, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción y entendimiento.

Entiendo que puedo retractarme y retirar este consentimiento en cualquier momento antes del inicio del acto quirúrgico que se me propone.

Nombre del Paciente o persona responsable: _____ **Firma:** _____ **Testigos:** _____

Genero Documento: _____
Código Médico: _____

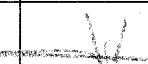
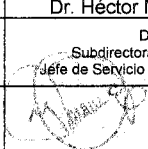
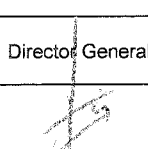
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BANO	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 61 de 70

Anexo 10.7 Hoja de Consumo en Quirófano. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BANO SUBDIRECCION DE ENFERMERIA HOJA DE CONSUMO EN QUIROFANO															
Quirófano Central		Cirurgia Ambulatoria		Sala		Fecha									
Nombre del Usuario:				Ingreso a Sala		Salida de sala									
Diagnostico Medico:				Inicia Anestesia		Termina Anestesia									
Procedimiento:				Inicia Cirugia		Termina Cirugia									
Número de Pedido:															
COD	DESCRIPCION	UNID	ACTI	COD	DESCRIPCION	UNID	ACTI	COD	DESCRIPCION	UNID	ACTI	COD	DESCRIPCION	UNID	ACTI
0001	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0002	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0003	ELECTROLITADO	1	1	0004	ANTIBIOTICO	1	1
0005	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0006	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0007	ELECTROLITADO	1	1	0008	ANTIBIOTICO	1	1
0009	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0010	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0011	ELECTROLITADO	1	1	0012	ANTIBIOTICO	1	1
0013	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0014	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0015	ELECTROLITADO	1	1	0016	ANTIBIOTICO	1	1
0017	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0018	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0019	ELECTROLITADO	1	1	0020	ANTIBIOTICO	1	1
0021	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0022	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0023	ELECTROLITADO	1	1	0024	ANTIBIOTICO	1	1
0025	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0026	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0027	ELECTROLITADO	1	1	0028	ANTIBIOTICO	1	1
0029	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0030	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0031	ELECTROLITADO	1	1	0032	ANTIBIOTICO	1	1
0033	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0034	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0035	ELECTROLITADO	1	1	0036	ANTIBIOTICO	1	1
0037	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0038	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0039	ELECTROLITADO	1	1	0040	ANTIBIOTICO	1	1
0041	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0042	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0043	ELECTROLITADO	1	1	0044	ANTIBIOTICO	1	1
0045	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0046	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0047	ELECTROLITADO	1	1	0048	ANTIBIOTICO	1	1
0049	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0050	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0051	ELECTROLITADO	1	1	0052	ANTIBIOTICO	1	1
0053	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0054	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0055	ELECTROLITADO	1	1	0056	ANTIBIOTICO	1	1
0057	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0058	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0059	ELECTROLITADO	1	1	0060	ANTIBIOTICO	1	1
0061	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0062	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0063	ELECTROLITADO	1	1	0064	ANTIBIOTICO	1	1
0065	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0066	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0067	ELECTROLITADO	1	1	0068	ANTIBIOTICO	1	1
0069	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0070	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0071	ELECTROLITADO	1	1	0072	ANTIBIOTICO	1	1
0073	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0074	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0075	ELECTROLITADO	1	1	0076	ANTIBIOTICO	1	1
0077	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0078	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0079	ELECTROLITADO	1	1	0080	ANTIBIOTICO	1	1
0081	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0082	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0083	ELECTROLITADO	1	1	0084	ANTIBIOTICO	1	1
0085	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0086	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0087	ELECTROLITADO	1	1	0088	ANTIBIOTICO	1	1
0089	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0090	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0091	ELECTROLITADO	1	1	0092	ANTIBIOTICO	1	1
0093	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0094	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0095	ELECTROLITADO	1	1	0096	ANTIBIOTICO	1	1
0097	AGUIJA SIZOO 1/8X3/4	1	1	0098	ELABORACION DE BANDA PEZON	1	1	0099	ELECTROLITADO	1	1	0100	ANTIBIOTICO	1	1

COPY

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNUTR - 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRÓ - UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 63 de 70

10.8 Solicitud de Estudios de Laboratorio. Hoja 1 de 2.

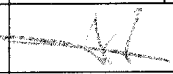
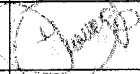

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

NOMBRE: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FOLIO: _____
 SERVICIO DE REFERENCIA: _____ DR. _____
 TIPO DE LABORATORIO: _____
 FECHA Y HORA DE TRAMA: _____ FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: _____
 TIPO DE ESTUDIO: _____

<input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICOSILADA <input type="checkbox"/> HEMATOCRITO <input type="checkbox"/> HEMATOCITOS <input type="checkbox"/> HEMATOCITOS Y PLASMA <input type="checkbox"/> HEMOCITOS <input type="checkbox"/> ESPESOR DE PLACA DE ENDOTELIO <input type="checkbox"/> SEDIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> PLACUETA (PLAQUETAS) <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> PLACUETA CONCENTRADA	<input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO	<input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO <input type="checkbox"/> URICATO
<input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL	<input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL <input type="checkbox"/> COLESTEROL

COPIA

COPIA

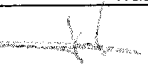


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020



HRAEB-SE-031 v4 Hoja de Registro Clínico de Enfermería. Procedimientos Quirúrgicos. Hoja 4 de 4.

ESTADO DE CONCIENCIA		INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA POST-QUIRÚRGICA				EVALUACIÓN		ACTIVIDAD		COMPLICACIÓN		COMORBIDAD	
		Alerta	Confuso	Desorientado	Intoxinado	Coma	Obnubilado	Estimulado	Relajado	Estimulado	Medio	Obeso	Bueno
<input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Intoxinado <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Obnubilado		Nombre: _____ Edad: _____ Diagnóstico: _____ Fecha: _____ Hora: _____ Ubicación: _____				<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estimulado <input type="checkbox"/> Relajado		<input type="checkbox"/> Estimulado <input type="checkbox"/> Relajado		<input type="checkbox"/> Estimulado <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Obeso		<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Español	
T.A. Sistólica: _____ T.A. Diastólica: _____ F. Cardíaca: _____ A. Respiratoria: _____ Temperatura: _____ Saturación O2: _____ Mucosas: _____ Neumotórax: _____ Edema: _____ W. Venoclavicular: _____ T. O2: _____		Valoración postoperatoria: <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Uso de sonda <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Dependiente en alguna función <input type="checkbox"/> Independiente en sus funciones				Lesión postoperatoria: <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Dolor de sonda <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Dependiente en alguna función <input type="checkbox"/> Independiente en sus funciones		PLAN DE CUIDADOS EN EL POST-QUIRÚRGICO: DATOS SIGNIFICATIVOS					
CARDIO: Factores de riesgo: <input type="checkbox"/> Antecedente de epididimitis <input type="checkbox"/> Estado oncológico alterado <input type="checkbox"/> Farmacología de riesgo <input type="checkbox"/> Limitación física <input type="checkbox"/> Edad < a 50 o > a 80 años <input type="checkbox"/> Problema de comorbialidad		Nivel de riesgo: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo		U.P.P. Factores de riesgo: <input type="checkbox"/> Alteración de la movilidad física <input type="checkbox"/> Exposición a la humedad <input type="checkbox"/> Indicación de reposo absoluto <input type="checkbox"/> Percepción sensorial limitada		Nivel de riesgo: <input type="checkbox"/> Bajo riesgo <input type="checkbox"/> Medio riesgo <input type="checkbox"/> Alto riesgo		DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA					
SOLUCIONES PARENTERALES: Inicio: _____ ml / hr. / Bamba: _____ Debita verificación: _____		MEDICAMENTOS: Dosis: _____ Vía: _____ Hora: _____ Debita verificación: _____		COMPORTEMENTOS SIGNIFICATIVOS: Complicación: _____ Falso: _____ Verdadero: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Tiempo: _____		INTERVENCIÓNES / ACTIVIDADES							
CONTROL DE CUIDADOS: Hora: _____ Hora: _____ Hora: _____ Hora: _____ Hora: _____ Hora: _____		NOTAS CLÍNICAS / OBSERVACIONES:		<input type="checkbox"/> Mantener y valorar el estado del tubo <input type="checkbox"/> Cuidados de herida, vigilancia y protección <input type="checkbox"/> Mantener permeabilidad, limpieza y protección <input type="checkbox"/> Mantener sistema funcional y solo cambio <input type="checkbox"/> Prevención de caídas, levantados e incidentes <input type="checkbox"/> Vigilancia de la piel y presencia de presiones									
RESULTADOS LOGRADOS: Hora: _____		EDUCACIÓN AL USUARIO Y ELABORAR / PLAN DE CUIDADOS: Hora: _____		<input type="checkbox"/> Reducir el nivel de dolor <input type="checkbox"/> Favorecer la recuperación física <input type="checkbox"/> Evitar la infección del sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Evitar infección del sistema urinario <input type="checkbox"/> Evitar caídas <input type="checkbox"/> Evitar lesión por presión									



CS

DA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNUTR – 02
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEFRO – UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL ANTE UNA DONACIÓN CADAVERICA		Hoja: 69 de 70

10.10 Solicitud de Imagenología.

Solicitud de Imagenología

NHS:		Area:	
Paciente:	Centro:		
Fecha de Diagnóstico:			
Código:	Solicitado por:		
Entidad:	Paciente:		
Póliza:	Fecha Pretest:		
DNI:			
Epistola:	Solicitud:		

Servicio: Estudios de Radiología -

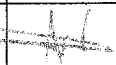




PRUEBAS SOLICITADAS

OBSERVACIONES

H. Regional de NHC 500001, 230 LEON, GUANAJUATO Tel. Fax www.hospital-salud.gob.mx

COPIA

CADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Ernesto Díaz Chávez / Dr. Abel Orozco Mosqueda	Dra. Esperanza García Moreno / Dra. Yolanda Victoria Baeza Arias / Dr. Héctor Manuel Sánchez López	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Coordinador de Donación y Trasplantes/ Responsable del Programa de Trasplante Renal	Directora Médica / Subdirectora de Servicios Quirúrgicos / Jefe de Servicio de Nefro-Urología y Trasplantes	Director General
Firma:		  	
Fecha:	Junio 2020	Junio 2020	Junio 2020