

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 1 de 36

HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01 PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 2 de 36

1.0 Propósito

1.1 Implementar un procedimiento estandarizado que guie la atención segura para pacientes que son candidatos a trasplante de córnea en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), respetando los valores religiosos y culturales de los pacientes, en apego a las leyes y reglamentaciones.

2.0 Alcance

Inicia con la evaluación del paciente referido como candidato a trasplante de córnea, el proceso de atención y hasta el seguimiento del paciente en consulta externa.

2.1 A nivel interno aplica a todo el personal del HRAEB.

2.2 A nivel externo aplica para los hospitales de referencia y hospitales donde se realiza procuración de órganos y tejidos, así como a bancos que almacenan y proveen órganos y tejidos en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA).

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Las solicitudes a la Jefatura de Quirófano para la realización de trasplante de córnea son una urgencia quirúrgica prioritaria.

3.2 El trasplante de córnea es un procedimiento ambulatorio.

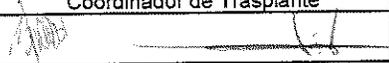
3.3 La valoración preoperatoria debe tener una vigencia de tres meses de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de Trasplante de Córnea.

3.4 Todos los pacientes seleccionados para trasplante de córnea se presentan ante el Comité Interno de Trasplante por el médico responsable para su validación y registro ante el CENATRA.

3.5 El médico especialista de trasplante de córnea, es el responsable de verificar que los pacientes estén registrados en el sistema informático del Registro Nacional de Trasplantes, antes de realizar el procedimiento de trasplante de córnea.

3.6 El médico especialista de trasplante de córnea es el responsable de solicitar la (s) interconsulta (s) de manera inmediata para la programación quirúrgica.

3.7 El médico especialista de trasplante de córnea informa al Comité Interno de Trasplante sobre el procedimiento realizado para su reporte ante el CENATRA.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 3 de 36

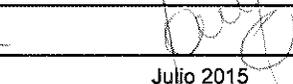
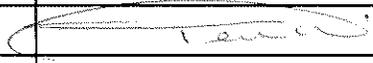
4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Recepción de referencia	Responsable: Personal de Control del área de Referencia
<p>1.1 Recibe referencia del paciente para evaluación para trasplante de córnea.</p> <p>1.2 Envía referencia para ser valorado por el personal médico responsable del Área de Referencia.</p>	
Etapa 2.0 Aceptación de pacientes	Responsable: Personal Médico del área de Referencia
<p>2.1 Evalúa que el motivo de referencia cumpla con los criterios en la cartera de servicios para aceptación del paciente.</p> <p style="text-align: center;">¿El paciente es candidato al protocolo de trasplante de córnea?</p> <p>Si: Pasa a la etapa 4.0. No: Registra en el Formato de respuesta de referencia el motivo de rechazo y lo entrega al personal administrativo de control. Pasa a etapa 3.0. (Ver Anexo 101 Formato de respuesta de referencia).</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato de respuesta de referencia. 	
Etapa 3.0 Envío de rechazo de referencia	Responsable: Personal de Control del área de Referencia
<p>3.1 Envía Formato de respuesta vía fax o electrónica con motivo de rechazo a la Unidad de Referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato de respuesta de referencia. <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
Etapa 4.0 Agenda cita para consulta	Responsable: Personal de Control del área de Referencia
<p>4.1 Agenda cita en sistema Kewan para consulta de primera vez con el médico especialista en trasplante de córnea.</p> <p>4.2 Envía Formato de respuesta vía fax o electrónica, aceptando la referencia e informa los requisitos que debe cumplir el paciente el día que acuda a su cita.</p> <ul style="list-style-type: none"> Formato de respuesta a solicitud de referencia. 	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 4 de 36

Etapa 5.0 Evaluación del paciente en Consulta Externa	Responsable: Personal Médico especialista en trasplante de córnea
<p>5.1 Evalúa de forma integral al paciente con el propósito de corroborar que es candidato a trasplante de córnea de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica.</p> <p style="text-align: center;">¿El paciente es candidato para trasplante de córnea?</p> <p>Si: Solicita estudios preoperatorios de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica y solicita valoración preoperatoria por Medicina Interna o Pediatría según corresponda. Pasa a etapa 6.0.</p> <p>No: Informa al paciente que no cumple con los criterios de trasplante y se le entrega hoja de contrarreferencia. (Ver Anexo 10.2 Hoja de contrarreferencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de Contrarreferencia <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
6.0 Valoración de estudios preoperatorios	Responsable: Personal Médico Internista o Pediatra
<p>6.1 Valora exámenes de laboratorio y gabinete para determinar el riesgo quirúrgico del paciente.</p> <p>6.2 Realiza nota de valoración preoperatoria en el Klinik.</p>	
Etapa 7.0 Solicitud para programación quirúrgica	Responsable: Personal Médico especialista de trasplante de córnea
<p>7.1 Revisa estudios, nota de valoración preoperatoria en el sistema Klinik para solicitar programación quirúrgica y elabora nota preoperatoria (Ver Anexo 10.3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota pre operatoria. <p style="text-align: center;">¿El paciente está en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente?</p> <p>Si: Explica al paciente y/o familiar el procedimiento propuesto, los riesgos, beneficios y alternativas para la firma del consentimiento informado. Entrega solicitud de cirugía a la Comisión Quirúrgica para su programación en cirugía ambulatoria. Pasa a la etapa 8.0. (Ver anexo 10.4 Consentimiento informado quirúrgico y Anexo 10.5 Lista de espera quirúrgica).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado quirúrgico. • Solicitud de inclusión en lista de espera (LEQ). 	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 5 de 36

No: Informa al paciente que por seguridad, no se encuentra en condiciones de ser intervenido, prescribe tratamiento y se da nueva cita para seguimiento de protocolo.

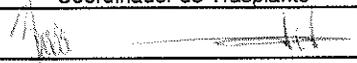
TERMINA PROCEDIMIENTO

Etapa: 8.0 Programación quirúrgica	Responsable: Jefe de Quirófanos
8.1 Recibe la solicitud de cirugía para inclusión en la Lista de espera quirúrgica. • LEQ.	
8.2 Registra solicitud en bitácora de LEQ.	
8.3 Corroborar requerimientos para la realización de la cirugía de trasplante de córnea e informa a personal de gerencia social para notificación al paciente y/o familiar sobre la programación de la cirugía.	
8.4 Abre episodio en el sistema Kewan para su cirugía.	
Etapa 9.0 Información al paciente o familiar de la fecha de la cirugía	Responsable: Personal de Gerencia Social
9.1 Informa vía fax, electrónica o telefónica al paciente, familiar o trabajador social de la Unidad de Referencia sobre la fecha, hora y requisitos para la cirugía de trasplante de córnea.	
9.2 Solicita expediente clínico físico a Archivo Clínico para la cirugía.	
Etapa 10.0 Recepción del paciente para el procedimiento quirúrgico	Responsable: Personal de Gerencia Social
10.1 Recibe al paciente y familiar y confirma sus datos en el sistema electrónico.	
10.2 Idéntica el paciente de acuerdo al procedimiento "PR-DG-106 Procedimiento para la Identificación correcta del paciente".	
10.3 Solicita al servicio de camillería el traslado del paciente hacia el cubículo de preparación en cirugía ambulatoria.	
Etapa 11.0 Traslado de paciente	Responsable: Personal de Camillería
11.1 Traslada al paciente de admisión hospitalaria hasta el cubículo de preparación en cirugía ambulatoria en compañía de personal de Gerencia Social, quien informa al personal de enfermería de cirugía ambulatoria de su ingreso.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

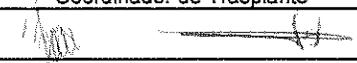
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 6 de 36

Etapa 12.0 Recepción y preparación del paciente para el procedimiento quirúrgico	Responsable: Personal de enfermería de recuperación
<p>12.1 Recibe al paciente de parte del camillero.</p> <p>12.2 Recibe del personal de gerencia social la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expediente clínico físico • Consentimiento informado quirúrgico • Estudios especiales <p>12.3 Ingresa al paciente al cubículo de preparación en donde se llevan a cabo las indicaciones preoperatorias. (Ver Anexo 10.6 Indicaciones médicas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones médicas. <p>12.4 Solicita al camillero para trasladar al paciente a recuperación.</p>	
Etapa 13.0 Solicitud de instrumental y equipo	Responsable: Personal de enfermería instrumentista y circulante
<p>13.1 Solicitan en la Central de Equipos y Esterilización (C.E.yE.) de cirugía ambulatoria el instrumental y ropa necesarios para la intervención quirúrgica.</p> <p>13.2 Solicitan medicamentos e insumos en el sistema Kewan para el procedimiento quirúrgico.</p> <p>13.3 Preparan la sala de operaciones para el procedimiento quirúrgico.</p>	
Etapa 14.0 Atención del paciente en recuperación	Responsable: Personal de enfermería de recuperación
<p>14.1 Recibe al paciente en sala de recuperación y lo monitoriza para vigilar las constantes vitales.</p> <p>14.2 Cumple indicaciones médicas y reporta en la hoja de registro clínico de enfermería: Procedimientos quirúrgicos. (Ver Anexo 10.7 Hoja de registro clínico de enfermería. Procedimientos quirúrgicos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registro clínico de enfermería: Procedimientos quirúrgicos. <p>14.3 Informa al personal de anestesiología para valoración y obtención del consentimiento de anestesia.</p> <p>14.4 Traslada al paciente a la sala de quirófano en cuanto lo soliciten.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

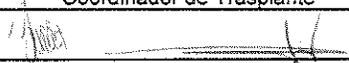
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 7 de 36

Etapa 15.0 Valoración de anestesia	Responsable: Médico anestesiólogo
<p>15.1 Revisa exámenes de laboratorio, estudios especiales, valora al paciente y elabora nota pre anestésica. (Ver Anexo 10.8 Nota pre anestésica).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota pre anestésica. <p>15.2 Explica al paciente y/o familiar el procedimiento propuesto, los riesgos, beneficios y alternativas para la firma del consentimiento informado de anestesia. (Ver anexo 10.9 Consentimiento anestésico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado de anestesia. 	
Etapa 16.0 Atención del paciente en quirófano	Responsable: Equipo de quirúrgico
<p>16.1 El Médico especialista de trasplante de córnea entrega a la enfermera circulante los injertos (córneas) en solución de preservación para el procedimiento quirúrgico.</p> <p>16.2 Reciben al paciente en la sala de operaciones y aplican la lista de verificación de cirugía segura. (Ver Anexo 10.10 Lista de Verificación de Cirugía Segura).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de Verificación de Cirugía Segura. <p>16.3 Aplican y controlan la técnica anestésica. (Ver Anexo 10.11 Nota de Registro Trans-anestésico).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota de registro trans anestésico. <p>16.4 Aplican y controlan la técnica quirúrgica de trasplante de córnea.</p>	
Etapa 17.0 Fin del procedimiento quirúrgico	Responsable: Equipo quirúrgico
<p>17.1 Finalizan el procedimiento quirúrgico y se cierra verificación de cirugía segura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de Verificación de Cirugía Segura. <p>17.2 Realizan nota e indicaciones posoperatorias y nota pos anestésica. (Ver Anexo 10.12 Nota post-quirúrgica y 10.13 Nota post-anestésica).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota post quirúrgica. • Nota post anestésica. <p>17.3 Concluyen el procedimiento quirúrgico y solicitan el traslado del paciente al servicio de Recuperación.</p>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

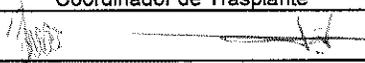
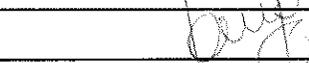
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 8 de 36

Etapa 18.0 Traslado de paciente	Responsable: Personal de Camillería
18.1 Traslada al paciente al área de recuperación para su vigilancia y cuidados posquirúrgicos.	
Etapa 19.0 Atención del paciente en el posoperatorio inmediato	Responsable: Personal de enfermería de recuperación
19.1 Recibe al paciente en sala de recuperación y lo monitoriza para vigilar las constantes vitales.	
19.2 Cumple indicaciones médicas y reporta en la hoja de registro clínico de enfermería: Procedimientos quirúrgicos. <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de registro clínico de enfermería: Procedimientos quirúrgicos. 	
19.3 De acuerdo indicaciones médicas, prueba tolerancia oral del paciente mediante la ingesta de líquidos.	
Etapa 20.0 Información a los familiares sobre el paciente	Responsable: Médico especialista de trasplante de córnea
20.1 Informa a los familiares acerca del resultado de la intervención quirúrgica, estado actual del paciente y orienta sobre los cuidados posoperatorios del paciente en su domicilio.	
Etapa 21.0 Alta de quirófano	Responsable: Médico especialista de trasplante de córnea
21.1 Valora el estado clínico del paciente para su egreso. <p>¿El paciente está en condiciones de ser dado de alta del servicio?</p> <p>Si: Elabora nota e indicaciones de alta y receta médica. Pasa a etapa 23.0. (Ver Anexo 10.14 Nota de egreso y 10.15 Receta médica). <ul style="list-style-type: none"> • Nota de egreso. • Receta Médica. </p> <p>No: Continúa en el servicio de recuperación hasta su estabilización y mejoría. Pasa a etapa 22.0</p>	

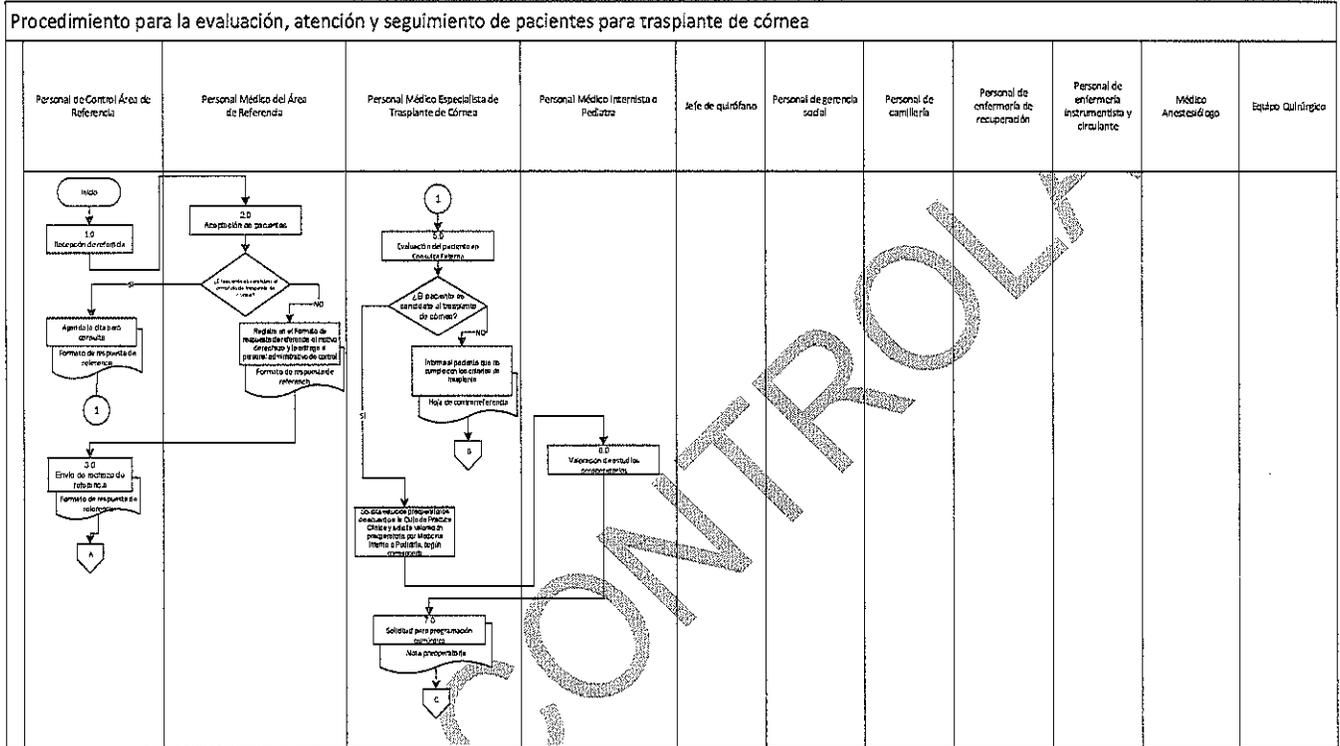
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 9 de 36

Etapa 22.0 Alta del servicio de recuperación	Responsable: Médico anesthesiólogo
<p>22.1 Valora el estado clínico y hemodinámico del paciente para su egreso.</p> <p>22.2 Elabora nota de alta del servicio de recuperación y lo registra.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones médicas. 	
Etapa 23.0 Preparación del paciente para su alta	Responsable: Personal de enfermería de recuperación
<p>23.1 Retira venoclisis y demás dispositivos instalados del procedimiento quirúrgico de acuerdo a indicaciones médicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones médicas. <p>23.2 Solicita al personal de camillería traslado del paciente al cubículo de preparación para retiro de bata y cambio de ropa.</p> <p>23.3 Notifica el alta del paciente al personal de gerencia social, quien realizará el acompañamiento del paciente y su familia para trámites administrativos de egreso.</p>	
Etapa 24.0 Seguimiento del paciente en Área de Consulta Externa	Responsable: Médico especialista de trasplante de córnea
<p>24.1 Valora y da seguimiento al paciente pos trasplantado de córnea en forma periódica de acuerdo a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

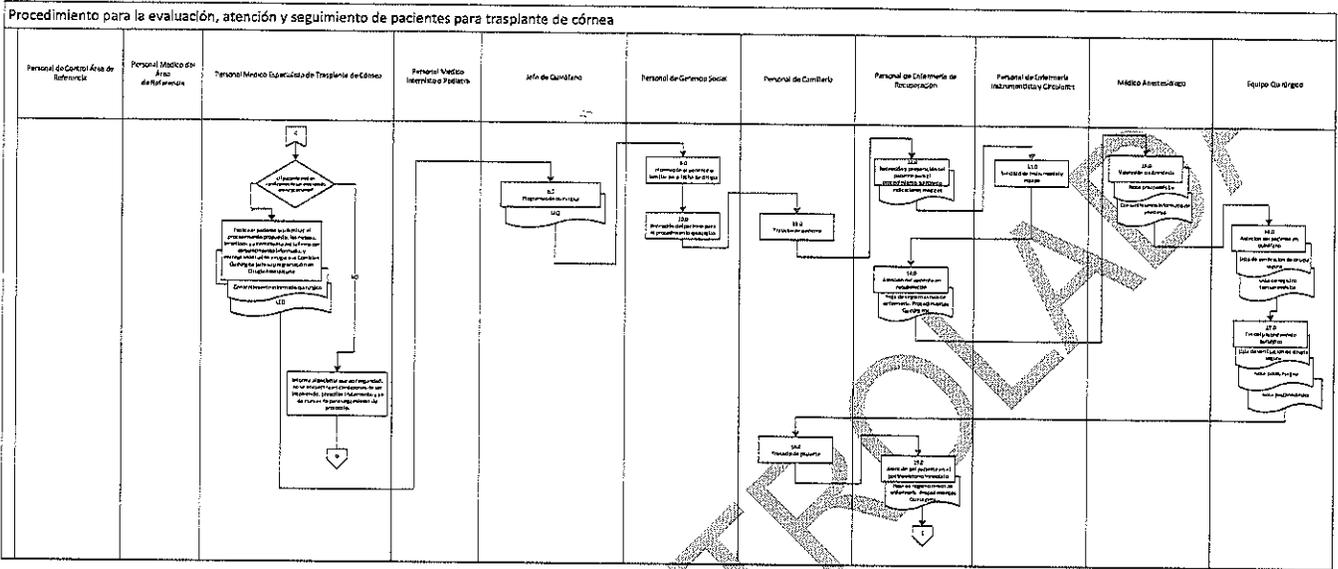
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

5.0 Diagrama de flujo

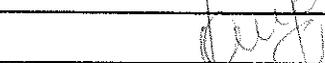


COPIA CONTROL

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

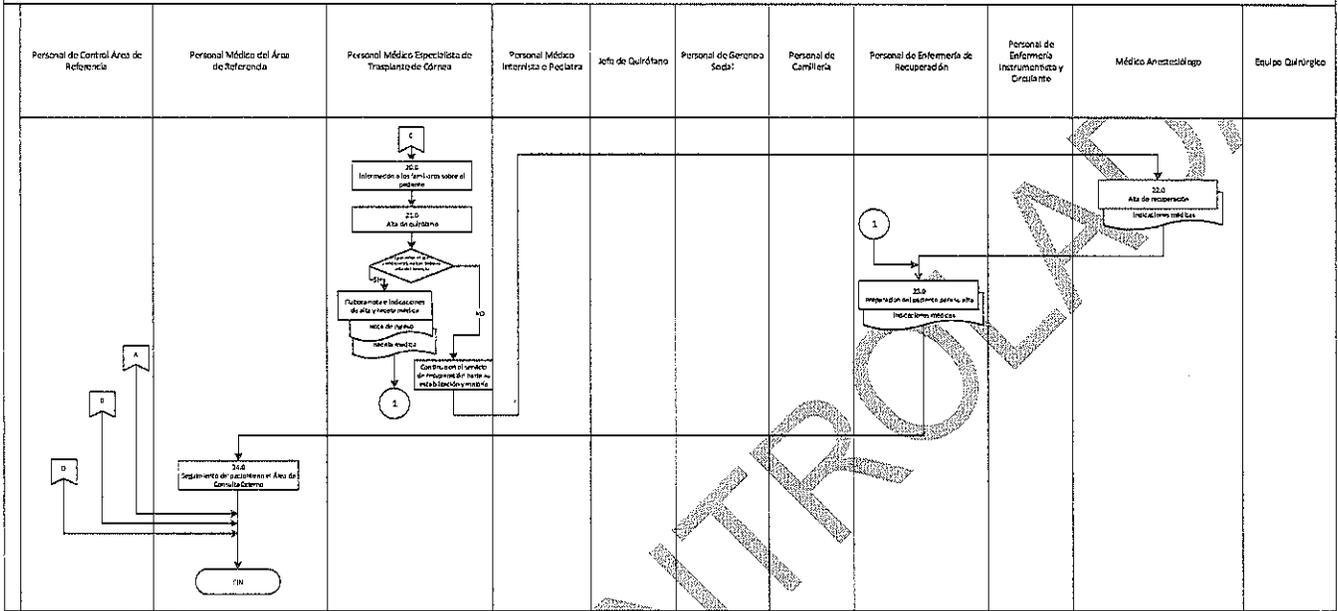


COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS			Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 12 de 36	

Procedimiento para la evaluación, atención y seguimiento de pacientes para trasplante de córnea



COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 13 de 36

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Procedimiento para atender el servicio de cirugía ambulatoria.	PR-DM-SSQ-JSQ-02
Procedimiento para la identificación correcta del paciente.	PR-DG-106
Procedimiento para garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.	PR-DG-108
Procedimiento para el surtimiento de material, equipo e instrumental estéril a quirófano y regreso del mismo.	PR-SE-CEyE-02
Guía de práctica clínica para el trasplante de córnea.	No Aplica
Base de datos del CENATRA	No Aplica
Manual de Organización específico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Autorizado el 23 de noviembre del 2007.	No Aplica
Guía técnica para elaboración de manual de procedimientos de la Secretaría de Salud. Febrero 2008.	POP-DDO-PO-005-02

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Reporte Kewan	Indefinido	Inversionista Proveedor	No Aplica
Bitácora de registro de lista de espera quirúrgica	5 años	Subdirección de Servicios Quirúrgicos	SSQ-BITACORA-LEQ
Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No Aplica

8.0 Glosario

8.1. Lista de Verificación de Cirugía Segura: Documento en donde se plasman los datos del paciente sujeto a cirugía que se aplica por la enfermera circulante en el quirófano, y que tiene como propósito verificar la seguridad del paciente, al ingresar a la sala de operaciones, antes de la cirugía y antes de que el paciente salga de la sala de operaciones. Este documento se integra al expediente clínico.

8.2. Comisión de Programación Quirúrgica: Agrupación de personas con la finalidad de revisar los pacientes propuestos para cirugía, conformado por los Jefes de Servicio Médicos, Subdirector de Servicios Quirúrgicos, Subdirector de Quirófanos y Medicina Crítica de la dirección de Operaciones, Jefe de Laboratorio y Banco de Sangre, Jefe de C.E. y E., Jefes de servicio de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 14 de 36

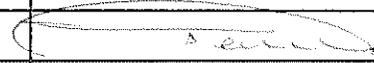
Enfermería, Subdirección de Recursos Materiales, y Gerencia Sociales de cirugía con Hospitalización y Cirugía Ambulatoria.

- 8.3. Hoja de Consentimiento informado anestésico y quirúrgico:** 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 de diagnósticos, terapéuticos y/o de rehabilitación. Esta carta se debe sujetar a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, deben ser revocables mientras no se concluya el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no debe obligar al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
00	No Aplica	No Aplica

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

10.0 Anexos

10.1 Formato de respuesta de referencia.

Formato de Respuesta a Solicitud de Referencia	
FECHA: _____	
DATOS DEL PACIENTE	
Unidad de Referencia:	Nombre del Paciente:
Servicio solicitado: <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Auxiliares de Diagnóstico <input type="checkbox"/> Hospitalización	Diagnóstico(s) Actual(es):
ESTATUS DE SOLICITUD	
ACEPTADA: <input type="checkbox"/>	NO ACEPTADA: <input type="checkbox"/>
Indicaciones Médicas:	
Médico que Valora:	Firma:
DATOS DE CITA	
Fecha de cita:	Hora:
Especialidad:	CONSULTA DE ESPECIALIDAD: <input type="checkbox"/> No se encuentra en la cartera de servicios del HRAEB <input type="checkbox"/> No está claro el motivo de referencia <input type="checkbox"/> No se encuentra correctamente requisitada <input type="checkbox"/> No hay soporte de diagnóstico <input type="checkbox"/> No se cuenta temporalmente con el Especialista
Nombre del Médico:	
Lugar:	
Requerimientos Especiales para la Atención:	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/> No se encuentra en la cartera de servicio <input type="checkbox"/> No se cuenta con los insumos <input type="checkbox"/> Equipo en mantenimiento <input type="checkbox"/> Solicitud mal requisitada Otros:
Cita a Gerencia Social con:	
Hora:	
Lugar:	
Nombre y firma del personal que da trámite a referencia <div style="text-align: center;">Sello de Autorización</div>	
Paciente informado de cita SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Firma:	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 16 de 36

10.2 Hoja de contrarreferencia.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 1 of 1



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO



HOJA DE CONTRAREFERENCIA.

Nombre del paciente:

Fecha actual:
06/03/2015

Hora actual:
17:03:38

Número de expediente:
1061799

Diagnóstico Principal:
Diabetes mellitus

Diagnóstico Secundario:
HAS
Dislipidemia mixta

Resumen:

Dx de DM2 en 2004

Refundó a este servicio por descontrol metabólico (glucemias de ayuno 160 a 180, Hb A1c 7,8)

Se ajustó esquema de insulina mediante dosis de insulina basal nocturna (glargina) y se agregó al tratamiento (inhibidor DPP4

Pendiente cita con nutricionista

Laboratorios 04 marzo 2015 glucosa 138 Hb A1c 7,7 Crt.D.88

No trae automonitoreo.

A: mal apego de la paciente a recomendaciones de su servidor, continua con descontrol metabólico.

En unidades de adscripción se cambio de insulina glargina a esquema con mezcla de insulina

Si bien las hemoglobinas glucosiladas estan relativamente altas, para paciente cardiopata se considera como aceptable la cifra entre 7.5 a 8 %.

De mi pare no modifiqué tratamiento al indicado por medicina interna de unidad de adscripción, para evitar confusiones en la paciente respecto a tratamiento de DM

Recomendaciones:

Alta del servicio, continuara control e DM en unidad de referencia, recomiendo realizar evaluaciones cridoicas conforme a guías ADA 2015.

Pueden reenviar a este servicio con hoja de referencia correspondiente

DR. ALBERTO AGUILAR GARCÍA

AGUILAR GARCIA ALBERTO ALBERTO

SSQ - JSNC - 01 - CNE 457

TEL: 051227-00 CNE 457

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>

06/03/2015

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Méndez	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 17 de 36

10.3 Nota preoperatoria

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 1 of 2



HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

NOTA PREOPERATORIA



Paciente

Expediente

Servicio Origen
Neurocirugía ADQUIR - HO

Genero
Femenino

Hospital Referencia
HOSP. SECRETARÍA DE SALUD - ZACATECAS

Edad
61 años

Diagnostico
(Diagnóstico definitivo)- D33.3 TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES

Fecha Cirugía
19/06/2014

Plan Quirurgico Imagen
ABORDAJE RETROMASTOIDEO IZQUIERDO Y RESECCION DE NEURINOMA VESTIBULAR

Tipo de Intervención Quirurgica
URGENTE

Riesgo Quirurgico
ASA 2

Cuidados y plan terapeutico pre operatorio
1. AYUNO.
2. RESTO INDICACIONES DE EPISODIO CURSO CLINICO

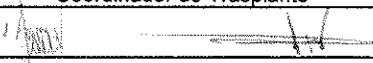
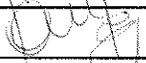
Pronostico
RESERVADO PARA LA VIDA Y LA FUNCION NEUROLOGICA SEGUN RESULTADOS DE CIRUGIA Y PATOLOGIA.

Genero Documento:
ZAVALA GUTIERREZ, CARLOS

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>

01/07/2014

CS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 18 de 36

10.4 Consentimiento informado quirúrgico 1 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 1 of 2



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: LEON, GUANAJUATO Fecha: 18/06/2014 Hora: 08:47:58 Servicio: Neurocirugía ADQUIR - HO
 Paciente: Descripción del acto autorizado: BIOPSIA NERVI O SANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO OTRA craneotomía suboccipital Número de expediente:

Descripción del acto autorizado:
 BIOPSIA NERVI O SANGLIO CRANEAL O PERIFÉRICO OTRA craneotomía suboccipital

Informándome de los beneficios esperados, probabilidades de éxito y fracaso, de sus riesgos y consecuencias, entre los que cabe destacar las **CARDIO-RESPIRATORIAS** (alteraciones del ritmo cardíaco, angina de pecho, infarto al miocardio, paro cardiorrespiratorio, colapsos pulmonares; insuficiencia respiratoria, edema agudo de pulmón, neumonías), **RENALES** (insuficiencia renal), infecciones y lesiones de las vías urinarias), **METABÓLICAS** (desequilibrios electrolíticos, diabetes, coma metabólico), **HEPATODIGESTIVAS** (ictericias postoperatorias, insuficiencia hepática, colestitis, pancreatitis, coma, íleo paralítico o mecánico, adherencias, vómitos, alteraciones de tránsito intestinal, fistulas digestivas, hemorragias por úlceras de estrés), **HEMATOLÓGICAS** (hemorragias graves, ictericias posttransfusionales), **NEUROLÓGICAS** (convulsiones, hemorragias, trombosis o embolias cerebrales, parálisis centrales o periféricas, parálisis de extremidades), **PSIQUIÁTRICAS** (psicosis, delirios, desorientación temporoespacial, depresiones postoperatorias), **VASCULARES** (flebitis y tromboflebitis, embolia de arterias periféricas, embolia pulmonar, úlceras de presión), **INFECCIOSAS OPORTUNISTAS** (infecciones locales o sépsis) de la **HERIDA QUIRÚRGICA** (dolor, necrosis, infección, evisceraciones, eventraciones, fistulas cutáneas por posible intolerancia al material de sutura, dolor irritativo, hemorragia o linforragias, hematomas, seromas, cicatriz inestética o patológica) u **OTRAS** (como la necesidad de transfusión de sangre y/o hemoderivados, la reproducción de su enfermedad, persistencia de síntomas y molestias previas a la cirugía o la imposibilidad de realizar la intervención propuesta) existiendo la posibilidad de que estas pudieran llegar a ser **irreversibles (muerte)**, así como también de las posibles consecuencias en caso de no efectuarse dichos procedimientos Soy consciente de que pudieran realizarse otros tratamientos o técnicas médico-quirúrgicas en relación a la evolución de la enfermedad de los que me solicitaré autorización en caso de que la urgencia lo permita. Tales procedimientos son con la finalidad de obtener el (los) diagnóstico (s) de las molestias que presento o para el tratamiento o complementar el (los) diagnóstico (s) de: **TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES** con la información recibida, con el pleno conocimiento y con la libertad de decidir, otorgo mi consentimiento bajo información, para que me sean realizados tales procedimientos, firmando el presente documento con la libertad de cambiar mi decisión en cualquier momento.

Autorizo al personal del HRAEB para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo a principio de libertad prescriptiva.

Lugar: LEON, GUANAJUATO Fecha: 18/06/2014
 Nombre Paciente: Firma del Paciente:

Debido a encontrarse el paciente en estado de incapacidad para otorgar el consentimiento por motivo de **TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES** la información se da a su acompañante el (la) C. , teniendo el vínculo con el paciente de ser su , y es quien otorga su consentimiento para que se le practique al paciente los procedimientos médico-quirúrgicos mencionados anteriormente, firmando el presente documento.

Nombre y firma de su tutor y/o representante legal:

Nombre del testigo: Firma del testigo:
 Nombre del testigo: Firma del testigo:

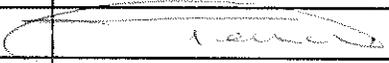
REVOCACIÓN

Lugar: LEON, GUANAJUATO Fecha: 18/06/2014 Hora: 08:47:58 Servicio: Neurocirugía ADQUIR - HO
 Paciente: SANCHEZ GUILLEN, MA DE LOS ANGELES Número de expediente: 1070649

<http://172.20.200.8:8080/KlinikReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>

01/07/2014



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 19 de 36

Consentimiento informado quirúrgico 2 de 2

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 2 of 2

Por motivo de:

He decidido revocar mi consentimiento a partir de este momento y he decidido que no sean realizadas las prácticas médico-quirúrgicas señaladas en este documento o en su caso les que fallen de realizarse, no obstante se me a informado de las posibles consecuencias sobre mi salud por esta decisión.

Nombre y firma:

Debido a encontrarse el paciente en estado de incapacidad por motivo de la presente revocación con pleno conocimiento es decidida por que tiene el vínculo con el paciente de ser

Firma:

Nombre y firma del testigo por parte del paciente:

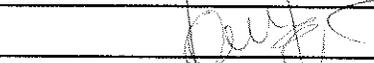
Nombre Médico:
ZAVALA GUTIERREZ, CARLOS

Firma Médico:

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/cs.di.diwaBasic.DiwaServlet>

01/07/2014

COX

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 20 de 36

10.5 Lista de espera quirúrgica

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD Page 1 of 2



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN LEQ



Nombre: _____ **Número de expediente:** _____ **Fecha:** 13/06/2014

Fecha de nacimiento: 02/10/1952 **Edad:** 61 **Sexo:** Femenino **Número de afiliación:** _____

Domicilio: _____

Institución de procedencia: _____

Servicio peticionario: Adultos - ADMCONT

Diagnóstico: Diagnóstico definitivo TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES (c110 D33.3)

Intervención: CRANEOTOMIA Y CRANIECTOMIA (+) (c1e9 01.2)
BIOPSIA NERVIU O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO OTRA (c1e9)

Detalle de Intervención:
ABORDAJE RETROMASTOIDEO Y RESECCION NEURINOMA VESTIBULAR.

Prioridad clínica: _____ **Tipo de cirugía:** Con Hospitalización

Radiología intraoperatoria: SI **Tipo de anestesia:** General

Pedido de sangre: SI **Siopala Intraoperatoria:** SI

Unidades: 8 Grupo: Factor RH: _____

Listado de materiales: **Confirmación:** _____

AYUDANTE: CIRUJANO GENERAL
RAYOS X TRANSOPERATORIOS: SI (TELE TORAX PORTATIL)
TRANSOPERATORIO DE PATOLOGIA: SI
SANGRE DISPONIBLE: 5 PAQUETES GLOBULARES 3
PLASMAS FRESCOS
REQUIERE CAMA RESERVADA EN TERAPIA INTENSIVA: SI

EQUIPO DE MICRONEUROCIURUGIA
A) DISectores DE ROTHON
B) TUBERAS DE MICROCIURUGIA

MICROSCOPIO QUIRURGICO NEUROCIURUGIA

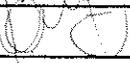
CABEZAL
Adaptador para mesa quirúrgica
Pinzas para adultos estériles.

ASPIRADOR ULTRASONICO

MATERIAL DE CURACION:
TIESUCOL 200 (2 PIEZAS)
FLOSEAL (2 PIEZAS)
DURAGEN 7,5X10CM
BOLSA PARA MICROSCOPIO QUIRURGICO MARCA KARL
ZEISS
Rosznilles (5)
Protene 2-0 con aguja (3)
Protene 4-0 cardiovascular aguja doble armada (4)
Seda 1 con aguja (3)

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet> 01/07/2014

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 21 de 36

10.6 Indicaciones médicas



Director General
 Director de Neurociencias

Paciente:		Código:	
Servicio:		Fecha de elaboración:	
Revisó:		Revisó:	

NO MEDICACIÓN

1. Dieta normal restricción de líquidos en 1200 ml día, especial valoración por Nutrición.

2. SOLUCIONES

- Solución salina al 0.9% 1000 ml para pasar IV en 24 hrs

3. MEDICAMENTOS

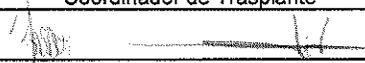
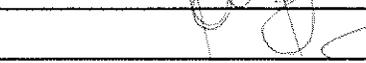
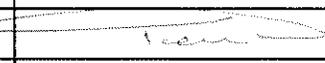
- Sildenafil 25 mg VO cada 8 hrs
- Furosemida 20 mg IV cada 8 hrs
- Espironolona 25 mg VO c 8 hrs
- Metronidazol 500 mg IV cada 12 hrs (P1 04.09.2014)
- Ranitidina 50 mg IV cada 8 hrs
- Encapsulina 40 mg SC c 24 hrs

4. MEDIDAS GENERALES

- Reposo relativo
- Cuidado de úlceras venosas
- Orogene puntos nasales e 3 listras en faja continua
- Uso de medias compresivas.
- Control de líquidos y registrar peso diario.
- Posición semioficial, cama con barandillas arriba, familiar acompañante.
- Desambulación asistida por familiar

el jueves 19 de junio ayuno a partir de las 22:00h para cirugía de cambio valvular tricúspide.
preparar para cirugía cardíaca el jueves por la noche

CC

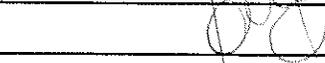
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 22 de 36

10.7 Hoja de registro clínico de enfermería: Procedimientos quirúrgicos 1 de 2

Nombre:		Expediente:		Cama:		Fecha:	
Peso:	Talle:	S.C.:	Gpo y Rh:	Sexo: (F) (M)	Edad:		
Diagnóstico médico:				Alergias:			
Antecedentes patológicos:				Especialidad:			
Cirugía programada:							
Cirugía o procedimiento realizado:							
- Preparación psicológica: <input type="checkbox"/>		- Preparación física: <input type="checkbox"/>		- Preparación fisiológica: <input type="checkbox"/>		- Beta ímpia: <input type="checkbox"/>	
- Ausencia de prótesis: <input type="checkbox"/>		- Vaciamiento de vejiga: <input type="checkbox"/>		- Vaciamiento intestinal: <input type="checkbox"/>		- Ausencia de ropa interior: <input type="checkbox"/>	
- Ausencia de alfileres: <input type="checkbox"/>		- Colocación de turbante: <input type="checkbox"/>		- Vendaje de miembros inferiores: <input type="checkbox"/>		- Horas de ayuno: _____	
- Tipo hemoderivados: _____		- Unidades disponibles: _____		- Acceso vascular: _____			
- Entrada al servicio: _____		- Inicia anestesia: _____		- Inicia procedimiento: _____		- Posición del usuario: _____	
- Salida del servicio: _____		- Termina Anestesia: _____		- Termina procedimiento: _____		- Tipo de anestesia: _____	
- Circulación extracorporea: Inicia: _____		Termino: _____		- Inicia isquemia: _____		- Termina isquemia: _____	
P.A. Sistólica							
P.A. Diastólica							
P.A. Media							
F. Cardíaca							
F. Respiratoria							
Temperatura							
Saturación O ₂							
Nivel dolor							
Reactivos							
Presenta reacción: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Observaciones:							
- Catéter Venoso Central							
- Línea Arterial							
- Catéter Venoso Periférico							
- Tubo Endotraqueal							
- Sonda Nasogástrica							
- Sonda Vesical							
Gases						Espécimen: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Compresas							
Cotonoides							
Otros:							
Empaquetamiento							

HRAESE031 ANV, V2

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 24 de 36

10.8 Nota pre- anestésica. Hoja 1 de 3.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

Page 2 of 3



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO
NOTA DE VALORACIÓN PREANESTÉSICA



IDA

Nombre del Paciente:	Edad:	Num. Expediente:
Diagnóstico preoperatorio: TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES	Operación propuesta: BIOPSIA NERVIJO O GANGLIO CRANÉAL O PERIFÉRICO OTRA	
Fecha de programación: 19/6/2014	Cirujano: Dr. Zoveila	
Fecha de valoración: 18/06/2014	Anestesiólogo que valora: Dr. Alfonso Enriquez Varela	

Antecedentes de importancia para el acto anestésico:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso:	Talla:	Pres. arterial:	FC:	FR:	Temperatura:
73	156	110/65	61	17	

CABEZA Y CUELLO:

Cráneo: normocéfalo	Reflejos oculares: Presentes
Narinas:	Mallempati: 4
Distancia tiromentoniana: 3	Dentadura: edoncias parciales
Prótesis: No	Pijas: -
Removibles: -	Movilidad temporo-mandibular: normal
Forma de cuello: cilíndrico, corto y grueso	Movilidad atlanto-occipital: limitada ligeramente
Tráquea: normal	Tiroides: no palpable

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servicio/es.ci.di.wa.Basis.DiwaServicio>

01/07/2014

COX

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 25 de 36

Nota pre- anestésica. Hoja 2 de 3.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 2 of 3

Pulsos:
Rítmico

Carotídeos:
Rítmico

Ingurgitación venosa:
Ausente

Lesiones:
cuello corto

Otros:

TÓRAX:

Tipo de tórax:
amplio

Patrón respiratorio:
regular

Auscultación:
con discreta ruidosa respiratoria, sin mas fenomenos
surocudos

Choque de punta:
no

Ruidos cardiacos 1R:
si

Ruidos cardiacos 2R:
si

Soplos:
no

Otros:

ABDOMEN:

Inspección:
globoso a expensas de panículo adiposo grueso

Auscultación:
ruidos peristálticos presente s

Palpación:
blando y depresible

Percusión:
normal

EXTREMIDADES:

Íntegras:
normocéfalo

Lesiones:
Presentes

Arcos de movilidad:

Insuficiencia venosa:
4

Pulsos:
3

Allen:
adoncias parciales

Otros:

Se trata de paciente femenino de 61 años, quien se encuentra con el diagnóstico de neurinoma vestibular, programado para el día de mañana resección del mismo.

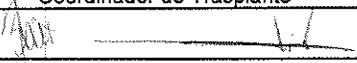
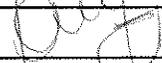
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Exposición a humo de leña durante aproximadamente 40 años
Diabetes mellitus Tipo 2 de 5 años, de evolución, en tratamiento medicado con Glibenclámido 5 mg VO cada 12 horas, metformina 850 mg VO cada 12 horas, con regular control glicémico, Hipertensión de 20 años de evolución en tratamiento medicado con Nifedipino 30 mg VO cada 12 horas, Metoprolol 100 mg cada 24 horas VO, prazosino 1 mg cada 12 horas, con regular seguimiento y control.
Obesidad

Inicia padecimiento actual hace aproximadamente 2 meses con cefalea intensa aumentando de intensidad durante los días

http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/cs.di.diwaBasis.DiwaServlet

01/07/2014

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 26 de 36

Nota pre- anestésica 3 de 3

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 3 of 3

subsiguientes sin ceder a los analgésicos comunes, acude con médico de su unidad quien envía al hospital general zacatecas, donde es valorada por el servicio de neurocirugía donde se realiza RM encontrándose tumoración vestibular de 2.5x2.5x2.5 aproximadamente con poca compresión de puente, por lo que se envía a esta unidad para su tratamiento quirúrgico definitivo.
A la exploración se encuadra con un glasgow de 14 puntos, (O:4 V:4 M:6) desorientada en tiempo y lugar mas no en persona, ojos con pupilas normorreflexivas, pérdida de la visión temporal hemianopsia temporal conservada la nasal, así como presencia de nistagmus horizontal, marinas permeables sin alteraciones, cavidad oral sin patología aparente de porras crenales, faringe normal, mucosas secas, factores predictivos de intubación difícil, cuello corto y con discreta limitación a los arcos de movilidad, tórax con ruidos cardíacos rítmicos, discreta ruidosa respiratoria mas acentuada en ambas bases pulmonares, abdomen globoso a expensas de páncreas grueso, extremidades miembros torácicos con asterixis de miembro torácico izquierdo, con reflejos osteotendinosos disminuidos, fuerza muscular conservada, las extremidades pélvicas con presencia de pérdida de fuerza muscular 3/5 con reflejos osteotendinosos presentes disminuidos, sin mas alteraciones neurológicas, pulsos presentes y normales, resto de la exploración normal.

Apto para Cirugía:
SI

LABORATORIO:

Hg:	Hto:	Plaquetas:	TP:	TTP:
INR:	Leucocitos:	Glucosa:	Urea:	Creatinina:
BUN:	Na:	K:	Ca:	Mg:
F:	Proteínas:	ECG:	Otros:	

GABINETES:

RX:
Cardiomegalia moderada, aumento de la trama bronquial

ECG:

Otros:

INDICES PREDICTORES:

ASA: 3	RAQ: E3B	RTV: 2	RR:	NYHA: II	GOLDMAN: II	OTROS:
------------------	--------------------	------------------	------------	--------------------	-----------------------	---------------

Plan anestésico:
General Balanceada

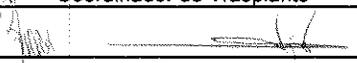
Indicaciones:
Ayuno de 8 horas
preparar para quetofano
5 PFC 3 PG
Solución fisiológica para 12 horas
Suspender antihipertensivos EXCEPTO METOPROLOL
Reportar cualquier eventualidad
Gracias

Firma anestésico:
Dr. Adrian Enriquez Verela

http://172.20.200.8:8080/KlinikReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet

01/07/2014

COPY

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 27 de 36

10.9 Consentimiento anestésico



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJIO



**FORMATO DE CONSENTIMIENTO ANESTÉSICO
PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA O PROCEDIMIENTO Y ALTERNATIVAS**

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ FECHA _____ PROCEDIMIENTO _____

En pleno uso de mis facultades mentales; autorizo a los médicos del servicio de anestesiología de este Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío; la administración de los medicamentos y la realización de las 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 inconciencia y analgesia durante el procedimiento los cuales son administrados por vía intravenosa o inhalada.

ANESTESIA REGIONAL: Es la anestesia de una parte seleccionada del cuerpo mediante el bloqueo de los nervios; el cual permite el procedimiento quirúrgico anulando 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, encías, garganta u otra parte del cuerpo con invasión mínima y la administración adicional de sedantes.

Estoy consciente que la administración de anestésicos conlleva efectos secundarios ocasionales tales como: náuseas, vómito, dolor de cabeza, dolor de espalda, adormecimiento transitorio y prolongado de alguna parte del cuerpo, ronquera, dolor de garganta, dolor de los músculos del cuerpo e hinchazón de los tejidos blandos. Incluso la cirugía denominada como de mínima invasión puede llevar peligros anestésicos graves o imprevistos.

Algunas otras complicaciones mayores de acuerdo al procedimiento anestésico-quirúrgico como pueden ser; daño en los ojos, boca, dientes, cuerdas vocales, neumonías, Insensibilidad permanente de alguna zona anestesiada, recuerdo de eventos durante la operación, lesiones en las venas y arterias del cuerpo, trastornos en la función de hígado y alergias severas a los medicamentos empleados.

En casos extremos puede haber daño cerebral permanente, ataque al corazón, aspiración de material de contenido en estomago e incluso la muerte.

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.

Declaro que hasta donde tengo conocimiento y ayudado por el anestesiólogo; le he informado de:

1. Todas las enfermedades que he tenido.
2. Todas las anestesisas recibidas y el curso de las mismas.
3. Cualquier alergia.
4. Todos los medicamentos que he recibido los últimos tres meses.
5. Todo lo que se me ha preguntado lo he contestado con la verdad.
6. Cumpliré el ayuno indicado 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 e incluso provocar un parto prematuro.

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

Después de que se me explico con claridad y he entiendo los riesgos y probables complicaciones anestésicas; he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas a mi satisfacción y entendimiento.

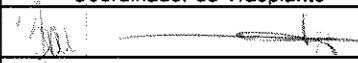
Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes del inicio del acto anestésico que se me propuso.

Nombre y firma del paciente o persona responsable _____

Testigo _____

HRAEB-DOP-28



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Meñdoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB – PR – DM – SSQ – JSNC – 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 28 de 36

10.10 Lista de Verificación de Cirugía Segura. Hoja 1 de 2



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
Lista de Verificación de Cirugía Segura

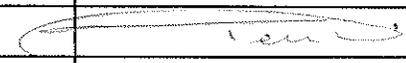


Nombre del usuario: _____
 Cirugía programada: _____
 Cirugía realizada: _____

Fecha: _____
 Edad: _____
 No. de expediente: _____

ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA ENTRADA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA TERMINO O PAUSA QUIRÚRGICA	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO SAUJA
<p>El paciente ha confirmado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su identidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - El sitio quirúrgico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - El procedimiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - Su consentimiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>Marcado del sitio quirúrgico: No Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Pulso-oxímetro colocado y funcionando: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Tiene el paciente alergias conocidas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Vía aérea difícil / Riesgo de aspiración: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Riesgo de hemorragia > 500 ml. en adultos y 7 ml/kg en niños? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y soluciones endovenosas: No Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Cruce de sangre y hemoderivados: No Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Entre el cirujano, anestesiólogo y enfermería confirman verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su identidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - El sitio quirúrgico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - El procedimiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - Su consentimiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>El cirujano repasa con el equipo: los pasos críticos o imprevistos, la duración del procedimiento y la pérdida de sangre prevista: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Anestesiólogo revisa: si el paciente presenta algún problema específico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>El instrumental y equipo médico es adecuada para el procedimiento quirúrgico programado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Se ha ministrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Me fue posible visualizar las imágenes diagnósticas esenciales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>El equipo de enfermería confirma verbalmente con el resto del equipo quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El nombre del procedimiento realizado: - Que el recuento de instrumental, textiles y agujas es correcto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - Que el etiquetado de la muestra sea correcto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <p>¿Se generó algún problema relacionado con el instrumental y equipos utilizados? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y enfermería revisan los principales aspectos relacionados con la recuperación del paciente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Existieron eventos adversos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre de Enfermería: _____ Vo.Bo. Anestesiólogo: _____ Vo.Bo. Cirujano: _____ Observaciones: _____ _____ _____</p>

HRAE-SF-021-ANV-V2

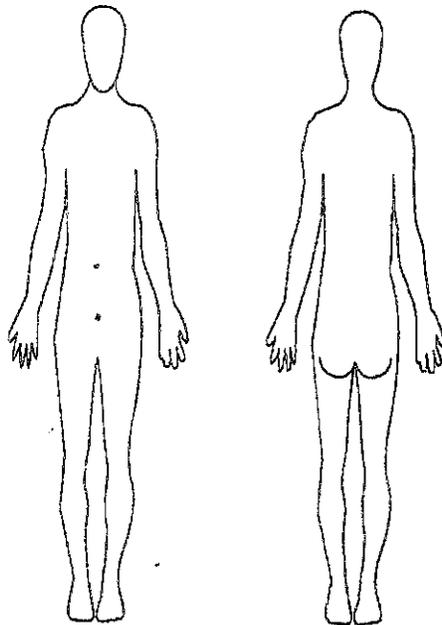
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD C A L I F O R N I A	Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 29 de 36

Lista de Verificación de Cirugía Segura. Hoja 2 de 2.

A

MARCAJE DEL SITIO QUIRÚRGICO



CS

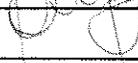


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 30 de 36

10.11 Nota de Registro Trans- anestésico. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD BAJIO		SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA		SERVICIO QUIRURGICO		FECHA			
		Nombre	Registro	Sexo	Edad	Peso	Talla	Sala	Cama
Diagnóstico preoperatorio				PA	FC	FR	Temp	SpO2	ASA
Cirugía programada				Hb	Hto	Tp	TpT	Gpo	RH
Agentes		DOSIS Y HORA						TOTAL o FINAL	
Oxígeno									
MAC a l									
Pármacos de la A - H									
SPO2 %									
ETCO2 mmHg									
TOF % / BIS									
Ingreso Paciente 1		°C	240					SIGNOS VITALES	
Inicia Anestesia 2		41	210					FINALES	
Inicia Cirugía 3		40	200					RIA:	
Termina Cirugía 4		39	190					FC:	
Termina Anestesia 5		38	180					FR:	
Sale Paciente 6		37	170					SpO2:	
Inicia Isquemia		36	160					TEMP:	
Termina Isquemia		35	150					Soluciones	
Presión Arterial X		34	140						
Frec Cardíaca +		33	130						
Frec Respiratoria		32	120						
Tiempos del 1 al 6		110	110						
Posición del Paciente		100	100						
VENTILACIÓN E A C M		90	90						
Fármacos		80	80						
Ventilación		70	70						
VC		60	60						
FR		50	50						
PP		40	40						
PLT		30	30						
PEEP		20	20						
PE		10	10						
FIO2				Cirugía Realizada		Cirujano - Ayudante			
				Técnica Anestésica		Instrumentista - circulante			
				Tiempo Ax Tiempo OX Tiempo Iso		Nombre y firma del anestesiólogo			
				PASA A					
				UCPA UCI PISO					

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

Nota de Registro Trans- anestésico. Hoja 2 de 2.

Balance de líquidos						TIPO DE ANESTESIA																
Egresos	1	2	3	4	5	Total	GENERAL				IV		INH		BALANCEADA		MIXTA					
Metabolismo							Inducción				IV		Inhalatoria									
Ayuno							Mascarilla facial				SI		NO		Intubado		SI No Previo					
T.Ox							Canula (Faringea Nasal LMA) Tipo															
Cirujito							Tipo de tubo (Murphy Armado Otro)				D.I.		Oral		Nasal							
Sangrado							Alto en globo (ml)				Laringoscopia		Directa		Indirecta							
Urgals							Hoja Num Tipo				No. De intentos p/intubación											
Egresos							Fibrobroncoscopia				Cormack		1		2		3 4					
Ingresos	1	2	3	4	5		Otro técnica de intubación															
Ingresos							REGIONAL				Neuroaxial		BSA		BPD		Caudal		Mikto		Traqueostomía	
							Via Media				Via Lateral		Num de intentos		Latencia							
							Tipo y calibre de aguja				Dosis		Volumen									
							Fármaco 1				Dosis		Volumen									
							Fármaco 2				Dosis		Volumen									
							Facil Difícil				Cateter		SI		No		Salida de LCR		SI		No	
							Bromaje				100%		66%		33%		0%		Parche hemático			
							Plexo Braquial				Via								Plexo Lumbar			
							Nervio(s) Perforante(s)															
							Técnica(s)						Long de aguja (cm)									
							Neuroestimulador				SI		No		Corriente inicial		Num. de intentos		Final			
							Tipo de Respuesta															
							Intensidad de Respuesta				0		1		2		3		Latencia			
							Fármaco 1				Dosis		Volumen						Infiltración local			
							Fármaco 2				Dosis		Volumen									
							Calificación de bloqueo				Insuficiente		Suficiente		Fácil		Difícil					
							Complicaciones/Observaciones de la técnica															

Valoración de la recuperación anestésica					
Parámetros	Al Salir	0'	30'	60'	120'
Actividad					
Ventilación					
Circulación					
Conciencia					
Coloración					
Puntuación total					

Nota de alta de recuperación	Nombre y firma del médico que otorga el alta
------------------------------	--

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Boiaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 32 de 36

10.12 Nota post quirúrgica. Hoja 1 de 2.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 1 of 2



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

HOJA QUIRÚRGICA
(Nota post operatoria)



Nombre del paciente:	Número de expediente:	Fecha de intervención: 19/06/2014
-----------------------------	------------------------------	---

Servicio: Neurocirugía ESPECIALIDAD - QU

Diagnóstico preoperatorio: NEURINOMA VESTIBULAR IZQUIERDO	Operación planeada: ABORDAJE RETROMASTOIDEO Y RESECCION NEURINOMA VESTIBULAR
Diagnóstico posoperatorio: (Diagnóstico definitivo)- D33.3 TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES	Operación realizada: CRANEOTOMIA Y CRANIECTOMIA (+) (cie9 01.2) (04.12) BIOPSIA NERVIIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO OTRA

Descripción de la técnica:

CON LA PACIENTE BAJO EFECTO ANESTESICO SE REALIZA ANTISEPSIA DE LA REGION VULVAR CON JABON, SE COLOCA LA SONDA FOLEY 16FR GLOBO 5ML, SE COLOCA EN POSICION DECUBITO LATERAL DERECHO, SE REALIZA TRICOTOMIA DE LA REGION RETROMASTOIDEA, SE COLOCAN CAMPOS ESTERILES Y SE FIJAN CON SEDA 2-0, SE REALIZA ABORDAJE RETROMASTOIDEO IZQUIERDO CON CRANEOTOMO ELECTRICO, SE INCIDE DURAMADRE Y BAJO VISION MICROSCOPIO QUIRURGICO SE REALIZA RESECCION NEURINOMA VESTIBULAR IZQUIERDO AUXILIADO POR ASPIRADOR ULTRASONICO, SE REALIZA HEMOSTASIA CON PINZAS BIPOLARES Y GELFOAM, SE REALIZA CIERRE DURAMADRE CON PLASTIA DURAGEN Y GELFOAM, SE REALIZA CIERRE PLANOS MUSCULARES VICRYL 1, SE COLOCA DRENAJE BLAKE 10FR RESERVORIO 300ML, SE REALIZA CIERRE PIEL PROLENE 3-0 PUNTOS SIMPLES FINALIZANDO

Hallazgos transoperatorios:

NEURINOMA VESTIBULAR IZQUIERDO DE 3X3X3CM

Reporte de gases y compresas:

COMPLETO

Incidentes y accidentes:

NO

Cuantificación de sangrado:

450ML

Resultados de estudios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios:

NINGUNO

Personal:

Cirujano:	DR CARLOS ZAVALA GUTIERREZ
Cirujano ayudante:	DR BRUNO VELAZQUEZ
Anestesiólogo:	DR SERGIO OROZCO
Instrumentista:	ENFERMERA SILVIA

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>

01/07/2014

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 33 de 36

Nota post quirúrgica. Hoja 2 de 2.

HOSPITAL GENERAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 2 of 2

Circulante: ENFERMERA NERIDA

Estado posquirúrgico inmediato: Estable

Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato:

1. ayuno
2. sol fisiologica 1000ml IV p/12h mas 40mEqKCL
3. ketorolaco 30mg iv c8h
ranitidina 50mg IV c8h
fenitoina 125mg IV c8h
furosemide 20mg IV c12h
dexametazona 8mg IV c8h
4. SVT Y CGE
dextroxix cada 8h
esquema de insulina rapida subcutanea
200-250=3UI
251-300=6UI
301 o mas=9UI
medias TED o elasticas a raíz de muslo
baño diario

Pronóstico: Reservado

Envío de piezas para histopatología: SI

Otros hallazgos de importancia:

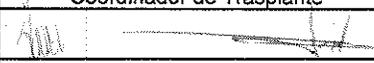
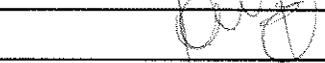
SE TRASLADA PACIENTE A TERAPIA INTENSIVA Y SE PRESENTA EL CASO CON MEDICO INTENSIVISTA DE TURNO

Nombre y firma del responsable de la cirugía:

ZAVALA GUTIERREZ, CARLOS

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>

01/07/2014

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo- puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 34 de 36

10.13 Nota post- anestésica.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD

Page 1 of 1



HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO



NOTA POSTANESTÉSICA

Nombre del Paciente:

Edad:

Num. Expediente:

Diagnóstico preoperatorio:
TUMOR BENIGNO DE LOS NERVIOS CRANEALES

Operación propuesta:
BIOPSIA NERVIOS
O GANGLIO
CRANEAL O
PERIFÉRICO
OTRA
CRANECTOMIA Y
CRANIECTOMIA
(+)

Fecha de programación:
19/6/2014

Cirujano:
DR. Zavala

Observaciones:

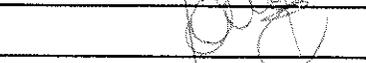
Paciente en sala Ingresó a sala con SPO2: 76-79 a saturación aire ambiente, se da apoyo con oxígeno con reservorio, se coloca PANI y monitorización tipo I, ya la paciente acudo con cateter central periferico, TA: 139/99 FC: 91 x min FR: 19 x min SPO2:98%, previa monitorización se realiza desnitrogenación durante 5 minutos, se administran 2 mg de midazolam con aplicación de BIS se encuentra en un plano de 82 con administración de midazolam se da narcosis con sufentanilo 30 mcg Iniciales, una vez con hipotermia de opioide BIS en 58 se da inducción anestésica con propofol 60 mg IV BIS de 20 se administra rocuronio 50 mg IV se realiza laringoscopia directa con hoja curva 3 Mac, se intuba con TET armado 7.5 al primer intento con guia metalica, se fija tubo sin incidentes ni complicaciones, se colocó a la paciente en posición de parker bench sin incidentes, mantenimiento anestésico con Isoflurano a 0.9 CAM sin complicaciones Ventilación mecánica controlada por volumen VT: 500 ml FR: 16 x min I:E 1:2, se toma gasometría basal con ligera acidosis sin mayores cambios, con PCCO₂ aumentada 40 resto OK, durante el transanestésico y una vez hecho abordaje de region quirurgica, y manipulación de la region se presente crisis hipertensiva 210/110 se administran dos cargas de 60 mg de esmoitol con diferencia de 5 minutos sin respuesta adecuado, se pasa a la administración de nitroglicerina comenzando la titulación a 5 mcg/min con pobre respuesta se titula hasta alcanzar dosis de respuesta 25 mcg /min manteniendo PAM 110 cediendo la crisis con una TA de 160/75 FC: 115 por lo que se queda la administración de nitroglicerina a esa concentración adyuvantes: Ompesazol 40 mg IV + Ondasentrol 8 mg IV + Lidocaina 80 mg IV + Gluconato de Ca. 2 gr y Sulfato de magnesio 0.9, con una uresis horaria de 2.5 ml con una uresis total de 1000 ml, balance hidrico +60 sin otras anomalías, al término de la cirugía se coloca en decubito dorsal al descubrir boca se observa discreto edema de lengua sin ayores incidentes, se traslada a la Terapia Intensiva al llegar a la terapia presente Trismus por lo que requiere dosis de relajante y cada el cuadro a los 2 min, sin mayores complicaciones, se observa discreto edema de la lengua por, se presenta el ca so al medico de turno, gasometria final con acidosis ph 7.29, se observe la presencia de edema de lengua, al traslado del quirófano y terapia entrando a la terapia hace trismus por lo que se muerde TE se revierte el cuadro con vecuronio comenzando nuevamente relajación con adecuado éxito, se conecta a ventilación mecánica.

Genero Documento:
ENRIQUEZ VARELA ADRIAN

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet>

01/07/2014

CC

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CórNEA		Hoja: 35 de 36

10.14 Nota de egreso.

Visualización Hojas de Datos Page 1 of 1

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

NOTA DE EGRESO

Nombre:

Número de Afiliación 1113038711-1	Nivel Socioeconómico NIVEL 10
Expediente 1056758	Fecha Nacimiento-Edad 10/09/1994 19 años
Fecha de Ingreso : 20/01/2014	Fecha de Alta: 21/01/2014

Fecha de Intervención:

Diagnósticos Finales:
Presuntiva SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA (d10 K58.9)

Procedimientos:

Servicio:
Hepatología ADCLIN - HO

Médico:
CRUZ FABIAN, SERGIO

Motivo de Egreso:
MEMORIA

Resumen de la Evolución y Estado Actual:
-Año imperforado, manejada con colostomía, reconexión a los 3 años de edad.
-Síndrome de Intestino Irritable desde los 13 años de edad, en control por nuestro servicio.

Inicia hace 36 horas con dolor abdominal tipo cólico, inicio insidioso, ubicado inicialmente en fosa ileaca izquierda con migración a lo largo de marco cólica, con remisiones y exacerbaciones, acompañado de hiporexia, náuseas y vómito en una ocasión. Sin fiebre ni otros síntomas asociados; motivo por el cual acude a esta unidad.

Se encuentra paciente consciente, orientado, fascies sigíca, buena coloración y regular hidratación mucocutánea. Cabeza y cuello sin alteraciones. Precordio rítmico, sin agregados; campos pulmonares con ruidos respiratorios de buena intensidad, sin estertores ni sibilancias. Abdomen con cicatriz en fosa ileaca izquierda, sin hiperestesia, blanda, depresible, doloroso a la palpación en marco cólico, desaparece al distraer a la paciente, Murphy (-), McBurney (-), vonBlumberg (-), sin otros signos de irritación peritoneal, a la auscultación con normoperistaltis. Miembros sin compromiso neurovascular.

La paciente no presenta datos de abdomen agudo, probablemente exacerbación de SII, además sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. No presenta cuadro de índole quirúrgico, durante sus estancia hospitalaria con mejoría clínica ahora sin dolor náuseas o vómito tolera la vo por lo que se decide su egreso y continuar control por la CE

Manejo Durante la Estancia Hospitalaria :
SOLUCIONES
ANTIESPASMÓDICOS E IBP

Problemas Clínicos Pendientes:

Plan de Manejo y Tratamiento:
DITA CON FIBRA
OMEPRAZOL 40 CADA 24 HRS VO CINITAPRIDA 1 CADA 8 HRS BO
ESPACIL COMPUESTO 1 CADA 8 HRS
PSILLUN PLANTAGO 1 CADA 24 HRS VO

Recomendaciones:
DIETA CON ABUNDANTE FIBRA
LÍQUIDOS ABUNDANTES
CITA A AL CONSULTA EXTERNA HEPATOLOGIA

Atención de Factores de Riesgo:

<http://172.20.200.8:8080/KlinicReal/servlet/es.di.diwaBasic.DiwaServlet> 21/01/2014

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: HRAEB - PR - DM - SSQ - JSNC - 01
	JEFATURA DE SERVICIO DE NEUROCIENCIAS		Rev. 0
	PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA		Hoja: 36 de 36

10.15 Receta médica



Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Bvd. Milenio 130 / San Carlos La Roca
CP 37460 León, Guanajuato, México
coordinador 01 (477) 267 2000
www.hraeb.salud.gob.mx
R.F.C. HRAEB13007A

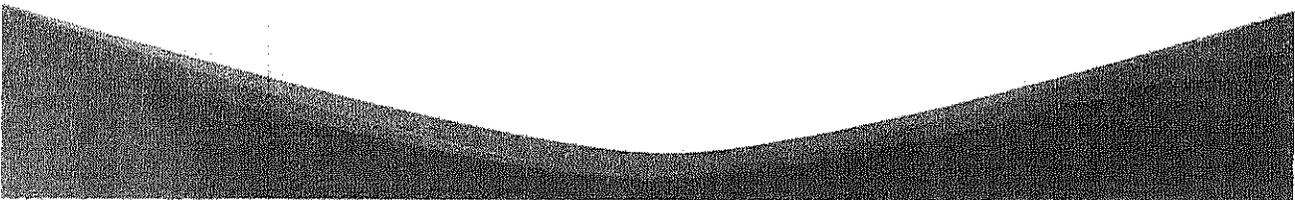


FOLIO	
№	54050
FECHA	

RECETARIO MÉDICO

Nom. del Paciente:
Edad:
No. de Expediente:

No. de Afiliación:
Peso:
Talla:
T.A.:

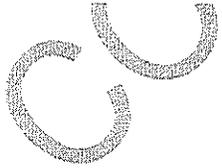


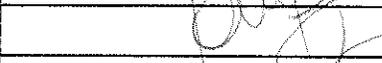
FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO
-----------------------------	---------------------------

CEDELA PROFESIONAL	REGISTRO S.S.G. No.	REGISTRO DE LA ESPECIALIDAD
--------------------	---------------------	-----------------------------

ORIGINAL / PACIENTE

CÓPIA / DIRECCIÓN MÉDICA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Emmanuel Bolaños Betancourt / Dr. Ernesto Díaz Chávez	Dr. Rodolfo Hernández Escoto / Dr. Antonio Guapo Mendoza	Dr. Carlos Tena Tamayo
Cargo-puesto:	Oftalmólogo Responsable del Programa de Trasplante de Córnea / Coordinador de Trasplante	Director Médico / Jefe de Servicio de Neurociencias	Director General
Firma:			
Fecha:	Julio 2015	Julio 2015	Julio 2015