

HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS E INTERDEPENDENCIA

•HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS.

ALCANCE

Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los *registros de procesos clínicos* diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

VERIFICACION

Historia Clínica: *Es el documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente o usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.*

Historia Clínica Ocupacional: *Es la Historia Clínica que surge como resultado de una o más evaluaciones médicas ocupacionales. Contiene y relaciona los antecedentes laborales y de exposición a factores de riesgo que ha presentado la persona en su vida laboral, así como resultados de mediciones ambientales y eventos de origen profesional.*

Consentimiento informado: *Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente.*

Sistema de Información Clínico: *Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar o procesar de cualquier forma mensajes de datos y que haya sido creado para la producción, recepción, distribución, consulta, organización, custodia, conservación, recuperación y disposición final de cualquier elemento constitutivo de la Historia Clínica.*

Firma Electrónica: *Son los datos en forma electrónica consignados en un mensaje de datos, o adjuntados o lógicamente asociados al mismo, que puedan ser utilizados para identificar al firmante en relación con el mensaje de datos e indicar que el firmante aprueba la información recogida en el mensaje de datos.*



HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS.

- *Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.*
- *Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.*
- *Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.*

Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.

•El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.

•Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan:

- ✓ datos de identificación,**
- ✓ anamnesis,**
- ✓ Tratamiento**
- ✓ componente de anexos.**

Las historias clínicas y/o registros asistenciales:

- **Deben diligenciarse :**

- ✓ **clara,**
- ✓ **legible,**
- ✓ **sin tachones,**
- ✓ **enmendaduras,**
- ✓ **intercalaciones,**
- ✓ **sin dejar espacios en blanco**
- ✓ **sin utilizar siglas.**

- Cada anotación debe llevar la **fecha y hora en la que se realiza**, con el **nombre completo y firma del autor de la misma.**

- **Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.**

- **Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.**

- Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el **paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos.**

- Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.

- Se **registran en historia clínica** los tratamientos **suministrados con ocasión de una posible falla en la atención** y se **cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.**

• Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:

1. *Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.*
2. *Registro de la información post-transfusional.*
3. *Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos.*
4. *Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma.*
5. *Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.*
6. *Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo:*
 - ✓ *razón para la transfusión,*
 - ✓ *el producto y*
 - ✓ *volumen que fue transfundido*
 - ✓ *y la hora de la transfusión.*



¿QUE ES UNA NUBE?

<https://www.youtube.com/watch?v=M0rWkjsK1yM>

GRACIAS